Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la Rédaction : Marcel BAUDOUIN

DIX-NEUVIÈME ANNÉE



TOME XVIII (2e *série*). — **1893**

Illustré de 77 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

IE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), TEY (F.), BOUTEILLIER (G.), BOUDET DE PARIS, BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CAPITAN (L.), CAPUS (G.), IBBERT, CHARCOT (J.-M.), CHARCOT (J.-B.), COMBY (J.), CORNILLON (J.), CRUET (L.), DAMALIX, DARIER, JRIAC, DEBOVE, DELASIAUVE, FÉRÉ (CH.), FERRIER, GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, SSET DE BELLESME, KERAVAL, KOENIG, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), LELOIR (H.), MAGNAN, HERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE (P.), MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MONOD (CH.), MUSGRAVE CLAY (R. de), IAS (H.), NOIR, PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PILLIET (A.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), VIER, RAOULT (A.), RAYMOND (F.), RAYMOND (P.), REGNARD (P.), RENAUT (J.), REVERDIN (de Genève), IER (P.), ROUBINOVITCH, ROUSSELET (A.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), SOLLIER, SOREL (R.), AUS (I.), TALAMON (CH.), TARNIER, TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), TERRILLON, TROISIER, VIGOU-X (R.), VILLARD (F.), VOGT (E.), YVON (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

I, Barthélemy, Blocq, Boiffin, Dagonet, Dupuy, Edwards-Pilliet (M.), Éperon, Fiaux, Gauthier (G.), Guinon (G.), , Isch-Wall, Jaquet, Jonnesco, Lejars, Mairet, Marie, Martha, Mirallié, Morax, Plicque, Pujol, Regnault, er (L.-R.), Rollet (E.), Sakorraphos, Souques.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 1. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 7 JANVIER 1893.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Du rôle joué par les lésions des racines postérieures dans la sclérose médullaire des ataxiques ;

par J. DEJERINE.

Un article de mon collègue, M. Pierre Marie, publié dans le *Progrès médical* du 24 décembre 1892, n° 52, comporte de ma part deux ordres de réponses, l'une concernant la *forme*, l'autre concernant le *fond* de cet article.

La question de *forme* est résolue par les deux lettres ci-dessous : l'une m'est adressée par mes chers amis et collègues, MM. Letulle et Gley, que j'avais chargés de régler ce différend ; — l'autre est adressée par MM. Brissaud et Chauffard à mes amis, MM. Letulle et Gley.

A Monsieur DEJERINE, professeur agrégé.

Paris, le 31 décembre 1892.

Mon cher ami,

A propos d'un article de M. Pierre Marie, paru dans le *Progrès médical* du 24 décembre 1892, vous nous avez chargés de demander à l'auteur soit une rétractation de certains passages de cet article qui vous paraissaient mettre en doute votre honneur et votre bonne foi scientifique, soit une réparation par les armes.

M. Marie nous a fait entrer en rapport avec deux de ses amis, MM. Brissaud et Chauffard, qui, à la suite des pourparlers que nous avons eus avec eux, nous ont écrit la lettre suivante. Les explications loyales qu'elle contient vous donnent, à notre avis, entière satisfaction.

Recevez, mon cher ami, l'assurance de notre profonde estime et de notre très affectueux dévouement.

Signé : E. GLEY, M. LETULLE.

A Messieurs LETULLE et GLEY, professeurs agrégés.

30 décembre 1892.

Messieurs et chers Collègues,

Nous avons reçu, de Monsieur Marie, mission d'entrer en rapport avec vous pour régler un différend soulevé à propos d'une question d'ordre scientifique. Monsieur Dejerine s'étant trouvé offensé par un article récent de Monsieur Marie, nous avons accepté le mandat de donner à M. Dejerine toutes satisfactions légitimes. Nous vous avons donc déclaré, au nom de Monsieur Marie, que *ni l'honorabilité personnelle, ni la bonne foi scientifique de Monsieur Dejerine n'étaient en cause.*

Il nous a semblé que notre rôle devait s'arrêter là. Lorsque ni la bonne foi, ni l'honneur ne sont mis en doute, les polémiques scientifiques, si vives qu'elles puissent parfois devenir dans la forme, ne peuvent trouver leur naturelle sanction que sur le seul terrain qui leur convienne, celui de la libre discussion.

Voilà pourquoi, Messieurs et chers Collègues, nous estimons que notre intervention doit prendre fin.

Nous ne voudrions, à aucun prix, établir un précédent qui, dans les contestations scientifiques, nous paraîtrait à nous personnellement inadmissible.

Veuillez agréer, Messieurs et chers Collègues, l'expression de nos sentiments d'affectueuse estime.

Signé : E. BRISSAUD, A. CHAUFFARD.

P.-S. — Nous avisons M. Marie de la décision que nous venons de prendre.

La question de *forme* étant réglée, voyons maintenant la question de *fond*.

M. Pierre Marie me reproche :

1° De m' « approprier, sans autre forme de procès, » la théorie suivant laquelle « les lésions du tabes ne sont « autre chose que la prolongation dans les cordons « postérieurs de la lésion des racines correspondan- « tes, — théorie qui, d'après M. Pierre Marie, aurait été émise déjà en 1863, puis en 1889, par M. Leyden.

2° De m'être contredit moi-même au cours de la même année 1890 en disant :

« A. — Le tabes est d'*origine parenchymateuse.* »

« B. — Le tabes est d'*origine interstitielle.* »

Voici ma réponse à la première objection de M. Marie.

1° Je n'ai pu avoir à ma disposition le Mémoire original de M. Leyden publié en 1863, mais j'ai relu avec le plus grand soin les travaux de M. Leyden, parus au cours de la même année 1863. (*Ueber graue Degeneration des Rückenmarks*; *Deutsche Klinik*, 28 März 1863, n° 13, page 121 ; et *Ein Fall von grauer Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge*, (*Ibidem*, 12 sept. 1863, page 364). Le chapitre *Sclérose des cordons postérieurs* dans la traduction française de son *Traité clinique des mal. de la moelle épinière*, 1879, pages 595-633 ; l'article *Tabes dorsualis* in *Real Encyclopædie*, 1889, pages 421-473).

Et je n'ai trouvé nulle part vérifiée l'opinion de M. Pierre Marie.

Partout Leyden parle de la *fréquence* des lésions des racines postérieures (et je renvoie le lecteur aux citations mêmes de M. Pierre Marie).

Nulle part Leyden ne parle du *parallélisme* qui existe entre la lésion des *racines postérieures* et celle des *cordons postérieurs*; nulle part il ne dit que la lésion des *cordons* postérieurs est *proportionnelle* à celle des *racines*; nulle part enfin Leyden ne dit que les lésions des racines sont *primitives, initiales*.

J'ai si peu mis en doute la *fréquence* des lésions des racines postérieures et la *constance* des lésions des fibres radiculaires intramédullaires, que dans les dix premières lignes par lesquelles je commence ma clinique de 1892, je dis, que la connaissance de la sclérose des cordons postérieurs et de l'atrophie des racines correspondantes est « aujourd'hui d'ordre banal. »

C'est pour étayer sa théorie pathogénique du tabes, *envisagé comme maladie du système sensitif*, théorie que Leyden défend depuis 1863, en se basant, comme il le dit lui-même (*Real Encyclopaedie*, p. 465), sur les travaux d'auteurs français (Recherches physiologiques et expérimentales de Longet et de Cl. Bernard, recherches sur le tabes de Bourdon et de Vulpian), sur le rôle que joue la sensibilité dans la coordination des mouvements ; — c'est pour étayer cette théorie que Leyden ajoute : « J'ai, en concordance avec ma manière « de comprendre cette maladie, attribué une grande « importance à la *participation des racines posté-* « *rieures* au processus anatomique, et j'ai, d'une part, « prouvé la fréquence de leurs altérations, d'autre part

« insisté sur la facilité avec laquelle leurs lésions peu- « vent passer inaperçues. »

A mon avis, et les textes en font foi, c'est Vulpian (Leçons, 1879) qui, le premier, a montré, au nom de la physiologie, que les lésions des racines étaient *primitives*, c'est-à-dire *initiales*; c'est le premier auteur par conséquent qui ait établi d'une manière nette et précise le rôle joué par les racines postérieures dans la sclérose des ataxiques. M. Marie n'a pas cité cette opinion de Vulpian au cours de ses leçons sur le tabes.

Quand Leyden, dans son travail de 1889, dit : « les recherches de Pierret, de Strümpell, etc., sur la manière dont se comportent les bandelettes externes et les fibres radiculaires qui les pénètrent, rendent à peu près indubitable ce fait que les fibres radiculaires postérieures prennent *régulièrement* part au processus tabétique », il dit moins que ce qu'avait dit Vulpian, dix ans auparavant.

Et quand Leyden ajoute : « Hiermit wird die Frage nahegelegt, ob der anatomische Process der Tabes stets im Rückenmark oder zuweilen auch von der Peripherie aus sich entwickelt. »

Ce que M. Marie traduit par :

« Ainsi se trouve posée la question de savoir si le processus anatomique du tabes se développe immédiatement dans la moelle ou y arrive par la périphérie. »

Ce que je traduis par :

« Ainsi se trouve posée la question de savoir si le processus anatomique du tabes se développe *constamment* (stets) dans la moelle ou s'il y arrive *aussi quelquefois* zuweilen auch) par la périphérie. »

Leyden *pose* la question sans la *résoudre*; il émet une simple hypothèse, puisque, quelques lignes plus loin, il ajoute : « Aujourd'hui, la seule chose sur laquelle je veuille émettre une réserve, c'est sur le fait de la *démonstration objective complète* de cette origine périphérique et sur la *régularité* de celle-ci. A cet égard, de nouvelles observations peuvent seules décider. »

On voit donc qu'en 1889 Leyden, bien loin d'émettre la théorie de l'origine périphérique du tabes, se bornait à poser la question dans les termes suivants : « à savoir si le processus anatomique du tabes se développe *constamment* dans la moelle, ou s'il y arrive *aussi quelquefois* par la périphérie » et que jamais cet auteur n'a dit que les lésions des racines postérieures étaient *primitives*, c'est-à-dire *initiales*.

Voici, par contre, ce que j'écrivais en 1890 (1).

« Du reste, aujourd'hui, le tabes apparaît de moins en moins comme une maladie localisée à la moelle épinière ainsi qu'on le croyait il n'y a pas encore bien longtemps. Les nerfs périphériques, sensoriels, sensitifs et moteurs, présentent toujours dans cette affection des altérations d'ordre variable. En outre, les lésions des cordons postérieurs sont toujours proportionnelles à celles des racines correspondantes, et à bien considérer les choses, on est de plus en plus amené à regarder la lésion de ces cordons postérieurs comme constituée surtout par les lésions des racines qui les traversent et qui entrent pour une bonne part dans leur constitution. En d'autres termes, rien ne prouve que la lésion médullaire du tabes soit *primitive*. L'anatomie pathologique, au contraire tend chaque jour à nous montrer qu'elle est la conséquence d'une altération primitive, d'une *névrite* des racines postérieures. La topographie de la lésion est, je le répète, un puissant argument en faveur de cette manière de voir. Il en est de même encore du parallélisme qui existe entre la lésion des racines et celle des cordons postérieurs, que je rappelais plus haut et qui est contraire à tout ce que la physiologie expérimentale nous enseigne. On sait, en effet, depuis les mémorables expériences de Waller, que le centre trophique des racines postérieures siège dans leurs ganglions. En un mot, le tabes apparaît de plus en plus comme une maladie des nerfs périphériques, sensitifs, sensoriels et moteurs. »

Ainsi tombe, je crois, la première objection formulée par M. Pierre Marie.

2° Quant à la seconde objection de M. Pierre Marie, je me bornerai à faire remarquer que *je n'ai jamais dit, ni écrit, pas plus en* 1890 *que dans ma clinique de* 1892, *que le tabes était constitué par une lésion de nature parenchymateuse.*

J'ai dit en 1890 et répété en 1892 que les lésions de la moelle dans le tabes sont constituées par la prolongation de la lésion des racines correspondantes, et c'est *tout*. J'ai même, en 1892, si peu parlé d'une lésion de *nature parenchymateuse*, que j'ai pris soin de faire remarquer — ainsi que Vulpian l'avait indiqué — que la nature de la lésion des racines dans le tabes n'est pas celle de la dégénération Wallérienne, mais bien celle de l'atrophie simple. Dans le tabes, en effet, la lésion médullaire est si peu parenchymateuse que c'est le cylindre-axe qui disparait le dernier.

(1) J. Dejerine — Des paralysies au cours du tabes; *Médecine moderne*, 1890, page 252.

DERMATOLOGIE

Du Dermographisme ;

par le Dr T. Barthélemy, médecin de Saint-Lazare.

I.

EXPOSITION ET DIVISION DU SUJET. DÉFINITIONS.

Je me souviens encore de la surprise que j'ai ressentie, lorsque, convié comme les autres internes de l'hôpital Saint-Antoine par M. le Dr Dujardin-Beaumetz, j'ai examiné pour la première fois, au commencement de juillet 1879, une femme de 29 ans, mais paraissant plus âgée, débilitée et nerveuse, sur les téguments d'ailleurs complètement anesthésiés de laquelle toutes les empreintes, non seulement étaient gravées en couleur rose, mais encore restaient saillantes pendant de longues heures sans hyperthermie ni démangeaison. Quelques jours après, l'observation a été communiquée à la Société médicale des Hopitaux de Paris, accompagnée de remarques non moins intéressantes que le fait lui-même, sous le nom d'*autographisme*. L'affection cutanée dont était atteinte cette *femme-cliché* avait été signalée brièvement par les anciens dermatologistes, Rayer (1835), Villan et Bateman (1841), et décrite avec quelques détails par W. Gull (1859); puis des observations isolées furent publiées par Hensinger (1867) dans ses conférences, Köbner (1870), Blachez (1872), Hebra père (1874), Hardy, Zuncker (1875). Mais ce ne fut à proprement parler qu'à partir de l'observation de Beaumetz et des publications de Mesnet qu'en France, tout au moins, cette affection devint de notion courante. D'un côté, les *dermatologistes* E. Schwimmer (1880 et 1883), G. Behrend (1882-1883), Barthélemy et Colson (traduction Duhring, 1883), le regretté Michelson et le professeur Caspari (1882), Karl Kopp (1886), etc.; de l'autre côté, les *neurologistes*, Axenfeld, Bourneville et Regnard (1879-1881), Charcot et ses élèves, Huchard (1883), etc., contribuèrent à faire mieux connaitre l'affection.

C'est au souvenir de l'impression médicale, déjà ancienne mais toujours vivace, que j'ai signalée en

commençant, que je cède en faisant le travail qui va suivre. Depuis lors, en effet, toutes les fois que j'ai rencontré un cas de cet ordre, je l'ai soigneusement noté, et c'est une étude d'ensemble d'après 42 de ces faits que je tente aujourd'hui.

En vérité, le nombre des cas semble ici importer médiocrement ; car le phénomène, à quelques variations d'intensité près, est identique à lui-même. D'une manière générale, les mots de simple épiphénomène sont ceux qui conviennent le mieux pour le qualifier, car il ne s'agit ici que de troubles survenus dans le fonctionnement des vaso-moteurs de la peau ne se produisant pas dans des circonstances graves et n'ayant pas pour l'avenir d'une santé une signification bien importante.

Le dermographisme n'est qu'un syndrome.— Les conditions qui président à sa production sont, d'une part, le *nervosisme*, d'autre part l'*arthritisme*. Nous nous expliquerons plus loin d'une manière plus complète à ce sujet. S'il s'agit bien d'un symptôme commun à plusieurs états différents, c'est-à-dire d'un *syndrome*; s'il s'agit bien d'un effet, et non d'une cause *sui generis*, il ne peut être logique d'admettre pour le désigner le nom de *dermographie*; à notre avis, il faut lui préférer celui de *dermographisme*. D'autre part, si le sujet peut faire lui-même des empreintes durables et saillantes sur sa peau, comme il est manifeste qu'il n'est pas seul à les pouvoir produire, comme il n'y a même aucune différence entre celles qui sont créées par le sujet lui-même et celles qui sont réalisées par les observateurs, le qualificatif « *auto* » n'est pas à sa place et doit disparaître devant une dénomination plus générale.

L'intention qui ressort des expressions d'*urticaire provoquée* ou *factice* est juste à un point de vue ; mais, pour les autres, elle est si défectueuse et si contestable qu'il n'y a pas lieu non plus de les conserver. Quelle analogie autre que la saillie et la coloration trouve-t-on entre ces deux états de la peau qui diffèrent pour la spontanéité, la localisation, le prurit, la latence, l'état permanent, virtuel et volontaire d'une part; et pour l'état intermittent, les accès involontairement et péniblement tolérés d'autre part ? De plus, il n'est pas prouvé que dans l'esprit de ceux qui ont parlé d'urticaire factice, ait existé primitivement l'intention de faire allusion à une seule et même intoxication possible, cause commune de l'urticaire *provoquée* et de l'urticaire *spontanée*.

C'est pourtant la pathogénie qui, à notre avis, doit guider dans l'étude du fait clinique dont nous nous occupons ici, et c'est à ce point de vue, comme aussi aux conditions diverses dans lesquelles le *dermographisme* peut se produire, que l'étude de ce syndrome peut présenter de l'intérêt pour l'observateur, pour le pathologiste comme pour le clinicien.

Conditions de développement.— Il s'agit, on le sait, de troubles survenus dans le fonctionnement des vaso-moteurs de la peau ; que faut-il dès lors pour qu'il se produise du dermographisme ? Une seule condition ne suffit pas ; il en faut deux : d'une part, un système nerveux spécialement susceptible et impressionnable, soit héréditairement, soit d'une manière acquise ; d'autre part, un toxique agissant soit sur les vaso-moteurs périphériques (théorie cutanée), soit plutôt, à notre avis, sur les centres vaso-moteurs de la moelle épinière ou mieux de la moelle allongée (théorie bulbaire).

Le dermographisme n'est que le témoignage que le système nerveux a cessé d'être réfractaire au toxique ; c'est la preuve que l'intoxication est faite : de là la névrose vaso-motrice et la *neurodermie toxi-vaso-motrice*.

Comme l'état général reste bon, et que dans la plupart des cas il ne survient rien de grave par la suite, il est évident que l'intoxication, si intoxication il y a, est légère. Ce qui doit rester dans l'esprit de l'observateur comme condition dominante, c'est l'extrême susceptibilité du système nerveux du sujet à un toxique qui, quelque vive que soit son action élective, paraît laisser le reste de l'organisme tout à fait en dehors de sa zone d'influence.

L'auto-intoxication est le fait le plus habituel. Dans d'autres cas qui répondent à des intoxications venues de l'extérieur, alcoolisme aigu, saturnisme, comme aussi dans le cas d'intoxication par la cocaïne rapporté par Dupouy (*Moniteur hyg. publ.*, 1er juillet 1890), il peut y avoir des symptômes généraux (céphalalgie, prostration, troubles digestifs, troubles nerveux, tremblements, hallucinations, anesthésie complète, anurie pendant 48 heures, etc.), en même temps que les troubles vaso-moteurs, le tout relevant bien de l'intoxication, puisque tous les accidents disparaissent simultanément.

D'autres intoxications, les médicamenteuses, par exemple, ainsi que divers états infectieux, tels que la blennorrhagie, nous offrent des effets analogues. Par exemple, dans la rougeole dont l'érythème d'ailleurs est bien plutôt un trouble vaso-moteur infectieux qu'une éruption proprement dite, puisque, pas plus que les rash, elle n'altère la peau ni ne rompt l'épiderme ; dans la scarlatine, dans la fièvre typhoïde et dans les états pathologiques similaires, dans la méningite, il y a aussi des *névroses vaso-motrices tégumentaires*. Nous pouvons en trouver aussi dans l'hystérie, dans la neurasthénie, surtout dans la neurasthénie d'origine gastrique, où se montrent à la moindre provocation des *états dermographiques* plus ou moins accentués, absolument comme dans le diabète, l'urémie, le rhumatisme, le gastricisme, la dyspepsie, la dilatation d'estomac et tous les états pathologiques qui s'accompagnent de fermentations gastro-intestinales et par conséquent d'*auto-intoxications* plus ou moins longtemps et souvent répétées.

Il résulte de ces dernières considérations que l'hypothèse de l'intoxication, comme cause identique de l'hystérie, du dermographisme, de la séborrhée et de l'acné, enfin de l'arthritisme, n'est peut-être pas très éloignée de la vérité. Dès lors, rien de surprenant de rencontrer l'association de ces divers états morbides.

Dans de nombreux cas, l'hystérie seule est en jeu, puisque le trouble vaso-moteur peut être instantané, par exemple, dans le fait d'observer, soit de l'érythème, soit de l'urticaire, soit du dermographisme, *au moment même* de l'ingestion d'une fraise ou d'une moule, certainement avant que ces aliments aient pu être digérés ; puisque, dans certains cas, beaucoup plus rares il est vrai, la pensée seule d'ingérer les dits aliments a pu produire les mêmes phénomènes. Dans ces cas, le trouble périphérique ne suffit pas pour tout expliquer, il faut bien admettre une action centrale, une influence psychique. (Plus d'autre suggestion).

Si le système nerveux n'est pas particulièrement impressionnable, il résistera et continuera à fonctionner normalement, en dépit des toxines et des produits solubles résorbés. D'autre part, si l'intoxication n'existe pas, le système nerveux n'offre rien d'anormal au point de vue où nous l'étudions, car le dermographisme est loin de se produire chez tous les sujets doués d'un

système nerveux peu résistant et déséquilibré, de même que ce n'est pas chez les sujets les plus neurasthéniés ou les plus déséquilibrés que le dermographisme existe avec le plus de fréquence et d'intensité.

Féré et Lamy l'ont recherché sur 130 sujets atteints d'épilepsie ou de maladies nerveuses diverses ; ils l'ont trouvé 7 fois avec une grande intensité, 18 fois à un degré moyen, 21 fois faiblement et 91 fois ils ont constaté son absence.

Pour ma part, je pense, d'après mes observations, que le *dermographisme saillant* n'est que la forme accentuée d'un état extrêmement fréquent qui se rencontre chez un grand nombre de dyspeptiques à l'état léger, et que ce *petit état dermographique* n'est probablement lui-même que l'exagération de l'état normal.

Dans l'hystérie, le dermographisme et l'urticaire, si souvent signalés, sont des phénomènes concomitants, relevant d'une cause commune mais indépendants l'un de l'autre. Enfin, nous rapprocherons de tous les exemples précédents *l'érythème émotif* qui survient chez les personnes impressionnables quand on découvre brusquement ou quand elles découvrent publiquement leur poitrine. (V., plus loin, action de l'air).

Définition de la cause. — Certes, nous sommes loin de vouloir confondre tous ces faits les uns avec les autres, et si nous admettons pour eux un mécanisme de production identique, nous ne prétendons pas qu'ils relèvent d'une seule et même cause ; mais nous pensons que dans un travail d'ensemble où sont étudiés tous les cas *où l'on peut tracer sur la peau des empreintes persistantes*, chacun de ceux-ci doit trouver une place, la principale étant d'ailleurs réservée à la *névro-toxidermite polychrome ortiée* ou dermo-neurose toxi-vaso-motrice, noms sous lesquels on peut désigner le *grand état du dermographisme.*

Nous avons voulu seulement insister sur ce fait qu'il nous paraît indispensable pour la production des névroses vaso-motrices d'avoir deux facteurs réunis, d'une part un terrain spécialement impressionnable (système nerveux, véritable sensitive) ; d'autre part un agent toxique propre à impressionner ce système nerveux, soit dans sa périphérie, soit plutôt dans ses centres.

Définition du phénomène. — Quoi qu'il en soit de ces considérations, nous désignerons sous le nom de *dermographisme* l'aptitude que prennent les téguments de conserver, très amplifiées et plus ou moins durables, les traces qui y sont faites. A l'état normal, il faut une pression très intense et prolongée (cordages fortement serrés), et l'on n'obtient qu'une trace passagère et non saillante ; ici, il suffit d'un simple contact avec un instrument mousse, et on obtient une impression persistante, intense et proéminente, plus ou moins colorée.

II.

SYMPTOMATOLOGIE.

Début. — C'est presque toujours par hasard que le fait est observé. Comme il est indolent, on ne sait depuis quand il existe ; tantôt, à la suite d'un incident quelconque : émotion, colère, chute de voiture, accident de chemin de fer, plaie par arme à feu ou par la foudre, crises nerveuses ; mais aussi, il faut bien le dire, tantôt sans aucune de ces éventualités, on constate que des traces très marquées subsistent à la peau. Tantôt ce sont les traces des doigts (impressions digitales par pression, grattage, friction), tantôt ce sont les traces des vêtements plus ou moins serrés aux bras, aux épaules, au dos, à la poitrine où les dentelles, par exemple, restent gravées avec tous leurs dessins. Le moindre contact suffit d'autres fois pour amener le même résultat : une de mes malades se plaignait de ne pouvoir être embrassée sans que de grosses marques ne vinssent lui balafrer le visage ; une fillette, en sautant, eut le visage tout marqué par le simple effleurement de sa corde.

La malade de Blachez venait-elle à se laver les mains à l'eau froide qu'il survenait immédiatement une démangeaison suivie d'un sentiment de brûlure insupportable : aussitôt après, se montrait une éruption de larges taches rosées saillantes, à contours festonnés ; les doigts se gonflaient au point de gêner considérablement la flexion et les pieds devenaient le siège de sensations de chaleur insupportables. Le phénomène était à son maximum au bout d'un quart d'heure et décroissait à peu près dans le même laps de temps. La malade sortait-elle, à peine avait-elle subi l'impression du vent ou d'une température un peu basse, que des bosselures ortiées couvraient toute la face et la partie supérieure du cou.

Une jeune fille de 16 ans avait la peau si sensible qu'elle ne pouvait être embrassée, même à la pension par ses amies, sans avoir aussitôt des plaques rouges à la face. Les moindres grattements aux bras et aux mollets (c'est là du moins qu'elle les remarquait le plus) provoquaient des stries saillantes, de même que les dentelles de ses chemises et les mailles à jour de ses bas laissaient sur la peau sous-jacente des traces durables. Alors que beaucoup d'autres sujets n'éprouvent aucune sensation anormale, cette malade éprouvait de la dermatalgie qui la forçait à se gratter ; les stries apparaissaient sans retard aux points prurigineux, alors que la peau gardait sa coloration normale si, résistant aux démangeaisons, la malade ne se grattait pas. Au moment d'un coup d'ongle elle sent comme une masse de petits coups d'épingle ; puis, au fur et à mesure que la trace s'élève, la sensation anormale s'atténue et disparaît. Cette jeune fille est très nerveuse, mais n'a jamais eu de crises. Au moment des règles, le dermographisme augmente. Il fut très prononcé pendant 7 ou 8 mois lors de troubles menstruels dus à l'anémie et au nervosisme ; puis il disparut peu à peu en même temps que les troubles utérins et revint encore deux ou trois mois après, dans des circonstances analogues, pour disparaître définitivement au bout de six mois.

Le plus ordinairement, c'est le médecin qui montre aux malades inconscients leur phénomène cutané.

Dans deux cas de Michelson, les sujets vinrent spontanément se plaindre, ayant remarqué la formation des bosselures en relief, l'un quand il s'était assis quelque temps sur une chaise à arêtes vives ; l'autre, un enfant, quand il avait joué avec ses camarades, lesquels, connaissant le phénomène, s'amusaient à le faire apparaître plusieurs fois par jour.

Quand le malade est le premier à s'apercevoir de l'état peu ordinaire de sa peau, il est effrayé, quoique, règle générale, il ne souffre nullement ; mais il se croit menacé de quelque maladie grave, à début insidieux, et le médecin n'a qu'à constater un dermographisme plus ou moins accentué, sans savoir exactement quand il a commencé à se produire.

Aujourd'hui qu'on sait mieux à quoi s'en tenir, on recherche le phénomène, soit systématiquement chaque

fois qu'on se trouve en face d'un sujet nerveux, névrosé, neurasthénique, dyspeptique, dilaté, arthritique enfin, et l'on constate, non pas des traces saillantes, mais des raies roses persistant plus ou moins longtemps, dans une proportion infiniment plus fréquente qu'on ne l'aurait cru a *priori*.

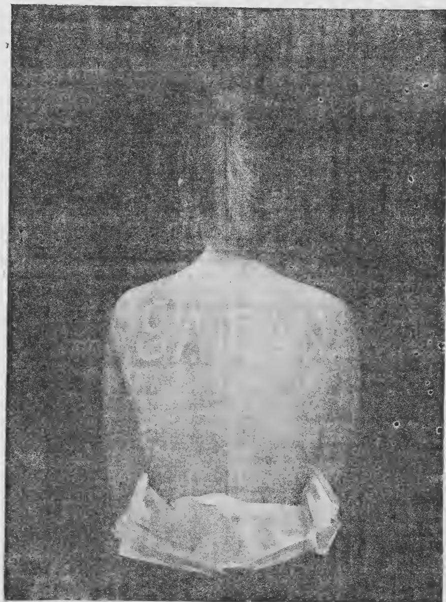


Fig. 1. — Dermographisme rose et saillant.

Description du phénomène atténué, forme plate ou fruste. — Cette forme de *dermographisme atténué*, plat, fruste, latent, doit être opposée à la forme intense, turgescente, éclatante, saillante, longtemps persistante, qui a attiré l'attention des premiers observateurs.

Au point où la peau vient d'être excitée, on voit se produire immédiatement une raie blanche à laquelle succède, un quart ou une moitié de seconde après, une raie plus large, presque une bandelette, rosée ou d'un rose intense, plate, sans saillie pour le doigt ni pour l'œil. Cette vascularisation intensive dure, à l'état normal, 6, 8, 10 secondes, une demi-minute au plus; dans les cas légers, mais cependant pathologiques si fréquents, auxquels je fais allusion, elle se prolonge de 15 à 25 minutes environ, puis s'éteint et pâlit graduellement, mais irrégulièrement, peut-être conformément aux inégalités d'excitation ou de pression qu'a subies la peau.

Etat dermographique moyen. — A un degré un peu plus prononcé, la raie rouge est limitée latéralement en dehors par deux étroites raies blanches qui disparaissent avant la raie rose centrale. Celle-ci disparaît à son tour par lignes sinueuses, déchiquetées sur les bords, puis par petites zones, de manière qu'on a sous les yeux quelques îlots rosés, isolés, au lieu d'avoir une bandelette continue : tout cela évolue sans qu'une sensation anormale quelconque soit intervenue.

En analysant le phénomène, les étroites bandelettes latérales blanches correspondent à un spasme constricteur des vaso-moteurs qui détermine en ce point une anémie locale ; les parties roses ressortissent à une dilatation des vaso-moteurs et à une stagnation du sang : de telle façon qu'il y a d'abord spasme et contracture à la périphérie, puis dilatation ou parésie, ou même paralysie des vaso-moteurs au centre; puis quand est passée cette sorte de *convulsion circulatoire*, peu à peu se rétablit le cours normal du sang.

Pour le phénomène atténué, l'observation clinique,

en montrant sur quels sujets on le rencontre le plus souvent, prouve que, comme dans la forme moyenne, il y a encore alliance des deux états (nervosisme et arthritisme) que nous avons signalés comme indispensables à la production du grand état dermographique.

Entre ce phénomène atténué et le phénomène intensif donnant des reliefs de 2 à 6 millimètres de haut (cas de Beaumetz et de Chatelain), tous les degrés sont possibles à rencontrer. S'il y a une très grande différence entre deux cas extrêmes, les proportions graduelles sont minimes pour le médecin qui peut observer un grand nombre de cas. En suivant bien l'échelle des intensités on se rend facilement compte qu'il n'y a dans le dermographisme le plus intense que des phénomènes absolument identiques aux précédents, bien qu'ayant subi un grossissement parfois considérable, (dermographisme hypertrophique).

Que lisons-nous, en effet, dans les descriptions si exactes des auteurs : Gull, Blachez, Zuncker, Beaumetz, Schwimmer, Mesnet, Lewin, Michelson, Caspary, Axenfeld, Leloir, Raymond, Chatelain, Cornu, etc. ? Dans quelque pays que ce soit, auteurs anciens ou tout récents, tous font une description identique à celle que nous pourrions nous-même donner.

Description de la forme intensive. — Aussitôt le passage de la pointe mousse, pâleur passagère suivie du phénomène de la *chair de poule*, qu'à la loupe on voit se produire presque aussitôt (*cutis anserina*, urticaire miliaire, folliculite ortiée, érection des follicules, preuve, comme le fait remarquer avec raison le regretté Michelson, que les nerfs moteurs entrent en jeu) ;

30 *secondes après* : rougeur faible sur la ligne tracée cutanée de deux zones pâles ;

1 *minute* 1/2 *après*, troisième zone rouge, périphérique, s'étendant diffuse au loin ;

Fin de la deuxième minute : la ligne centrale se couvre d'incarnat, d'abord par points isolés et surtout au niveau des follicules pileux ;

Troisième minute : extension de la saillie blanche qui envahit la première zone pâle et arrive aux limites de la zone rouge périphérique. Peu à peu le phénomène vaso-moteur se complète et s'accentue; la ligne s'étend, grossit, gonfle, prend un relief arrondi à l'extrémité, atteint le volume d'un cordonnet enfilé sous la peau ou d'une plume d'oie posée sous le derme, ou encore prend l'apparence d'une grosse veine dure ;

Quatrième ou cinquième minute : l'élevure et l'apparence ortiées sont complètes, les saillies folliculaires isolées sont confondues entre elles, disparues dans l'infiltration générale ; seulement, sur les bords, on aperçoit quelques follicules proéminents, donnant à cette partie un aspect grenu, chagriné ;

Une demi-heure, une heure, quelques heures après : évolution inverse, graduelle. L'acmé fait place à la période de déclin ; l'aréole rouge se rétrécit, l'élevure s'affaisse, diminue de largeur et peu à peu tout disparait.

A la fin du phénomène : quand il ne reste plus qu'une rougeur diffuse il est encore possible de percevoir, en y promenant la pulpe du doigt, une légère saillie qui n'est plus sensible à l'œil.

Plus tard encore : en frictionnant la zone il est possible de faire réapparaître, dans une légère mesure, les caractères tracés.

Delbeuf a observé le fait suivant (*Revue de l'Hypnotisme*, mars 1892) : La peau étant revenue en apparence à son état normal, si l'on frotte vivement l'endroit où avaient été tracés les caractères, on les voit reparaître momentanément et fugitivement en teinte pâle sur la rougeur produite. Cette faculté de réapparition était encore sensible après une demi-heure. Delbeuf dit qu'il a voulu s'assurer si ce n'était pas là un phénomène normal et que les deux personnes saines, sur lesquelles il l'a expérimenté, ne l'ont pas présenté.

Tel est le *grand état dermographique* dont on peut voir la représentation exacte d'après une belle étude faite à l'huile par mon très cher ami, H. Cain, que je suis heureux de pouvoir ici remercier. On voit qu'entre les deux formes, la plus légère et la plus intensive, la succession des diverses phases du phénomène dermographique est identique. Ce n'est pas une différence de nature, mais seulement de degré.

Variantes. — Suivant les sujets et suivant le mode de l'excitation cutanée, quelques variantes peuvent avoir lieu. La raie blanche du début peut durer plus ou moins longtemps : quelquefois la rougeur la remplace immédiatement. Dans d'autres cas, c'est la chair de poule qui est hâtée ou retardée. La saillie des élevures, au lieu de deux millimètres (Beaumetz), est généralement moindre. Dans quelques cas elle a pu être beaucoup plus considérable : Chatelain, par exemple, a mesuré six millimètres.

Durée. — La durée du phénomène est un des points qui varie le plus. Une demi-heure est la règle ; une, deux, trois, quatre heures se voient encore souvent ; huit, dix, douze, vingt-quatre heures deviennent des exceptions, mais ont été incontestablement observées. Cornu signale une durée de *deux jours* après laquelle les traces se présentaient encore sous forme d'égratignures.

Chez quelques malades, la répétition du phénomène peut se faire indéfiniment ; chez d'autres, elle s'affaiblit peu à peu, comme s'il se produisait une sorte d'épuisement nerveux. Dans un cas, observé par Ferré et Lamy, l'épuisement s'est prolongé jusqu'au lendemain matin. Quelle que soit l'intensité du phénomène, il n'est jamais suivi ni d'ecchymoses, ni de sugillations.

Voilà pour le phénomène en lui-même ; venons maintenant à sa cause, à la *névrose vaso-motrice*.

Soudaineté. — Il n'est pas prouvé que les phénomènes dermographiques les plus intenses correspondent à l'intoxication la plus profonde. Mais ce ne sont pas non plus les personnes les plus hystériques qui présentent le dermographisme le plus développé. La susceptibilité du système nerveux de chaque sujet joue le rôle capital vis-à-vis de ces toxines comme vis-à-vis de tout autre agent nuisible : alcool, chloroforme, opium, etc..., dont l'idiosyncrasie fait varier les doses pour chaque individu en vue d'un résultat équivalent. Il nous semble juste de penser qu'avant que le dermographisme n'éclate, les sujets sont déjà préparés, comme l'est, pour s'inflammer, une allumette bien sèche et bien chargée de soufre et de phosphore. Il suffit alors d'un simple frottement ou incident pour amener le paroxysme : ce sera tantôt une chute, un coup de feu, une secousse physique ou morale, une émotion violente ; tantôt un écart de régime, tantôt une infection (Michelson, douzième jour d'une blennorrhagie), tantôt enfin une intoxication aiguë (moules, poissons avariés, alcool, chloroforme, etc.). Le dermographisme pourra même s'accompagner dans ces cas d'une poussée plus ou moins intense d'urticaire vulgaire, vraie, prurigineuse.

C'est probablement ainsi que doivent s'expliquer les apparitions subites du dermographisme saillant.

Marche. — Evolution. — Si l'on ne peut dire exactement quand le dermographisme débute, il n'est pas plus possible de fixer d'avance, même approximativement, la date de sa disparition. Au bout de quinze, vingt ou trente mois, l'affection peut disparaître pendant un temps plus ou moins long, puis revenir comme auparavant pendant quelques mois encore avant de disparaître définitivement. Mesnet cite des durées de deux, trois et quatre ans; d'autres ont observé la persistance durant six et huit ans. On ne suit pas toujours tous les malades assez longtemps pour pouvoir noter l'époque de la disparition. J'ai assisté à la disparition complète et à la guérison persistante dans un cas des plus accentués au bout de dix-huit mois. Zuncker a vu disparaître le dermographisme chez son malade, qui était saturnin, en même temps que l'intoxication plombique. Michelson, quelque temps après la blennorrhagie, à l'occasion de laquelle le dermographisme avait apparu.

Pendant la durée du dermographisme on peut noter *quelques variations passagères.* Mesnet rapporte que chez quelques-uns de ses malades l'intensité était plus grande au printemps. L'époque des règles ramenait le phénomène à son maximum de développement. Dans deux de mes observations, le phénomène a été stimulé fortement dans un cas, au début d'une rougeole; et, dans l'autre surtout, au début d'une scarlatine. J'ai vu les phénomènes très nets et très complets chez deux épileptiques; mais je n'ai pu les examiner au point de vue dermographique immédiatement après leurs accès, comme il est arrivé à Ferré et à Lamy. Or, pendant la stupeur post-épileptique, le phénomène dermographique était impossible à obtenir; et, après l'accès, au lieu des saillies, il n'y avait que des rougeurs de faible intensité.

L'accès d'épilepsie semble donc épuiser l'excitabilité cutanée, alors que la crise hystérique paraît au contraire l'augmenter.

Sièges, Peau, Muqueuses. — Toutes les parties du corps ne sont pas également aptes à reproduire en saillie les traits qui y sont tracés; les sièges d'élection sont le thorax, soit au niveau du sternum, soit surtout entre les deux épaules, puis l'abdomen, puis la face, puis les membres supérieurs et inférieurs en diminuant progressivement de la racine vers l'extrémité. Chouppe (*Soc. de Biol.*, 21 novembre 1891) a rapporté un cas où le dermographisme était plus prononcé à la face que sur le reste du corps.

Mais nombreux sont les cas où le phénomène est réalisable sur toute l'étendue des téguments : aux pieds, aux mains, au cou, aux fesses, au visage, voire sur *les muqueuses*, par exemple à la voûte palatine, comme chez l'un de mes malades où il n'y avait pas de saillie et où la raie rose ne durait que quelques minutes alors que sur la peau elle se prolongeait plusieurs heures; de même dans un cas de Chambard, ou, de même encore, du côté de la gorge et de l'œsophage, comme chez la malade rhumatisante et nerveuse de Blachez.

Date fixe. — J'ai dit qu'un de mes dermographiques, l'un des plus impressionnables et de ceux dont les photographies ont été faites, faisait dater son affection cutanée *d'un jour fixe*, où il avait fait une violente chute de voiture. Bien que cocher, il n'était pas alcoolique; mais il portait aux doigts des déformations caractéristiques du rhumatisme chronique; il avait, depuis plus de 20 ans, des troubles dyspeptiques et des phénomènes nerveux, d'origine manifestement hystérique.

Hyperthermie. — L'hyperthermie locale a été signalée au moment où se produit le dermographisme; je ne l'ai pas recherchée au thermomètre, et je ne l'ai jamais constatée à la main.

Hyperesthésie ou anesthésie. — *La sensibilité* m'a toujours paru exactement la même que sur les points non excités; elle était d'ailleurs complète ici comme dans la plupart des cas.

L'absence d'hyperthermie élimine toute idée d'inflammation pour faire plutôt penser à un état névropathique de la peau tributaire ou très voisin de l'hystérie. Ces ataxies circulatoires, d'une part, spasmes et contractures, causes de l'anémie périphérique; dilatations et paralysies vaso-motrices, produisant au centre une stagnation du sang et parfois des infiltrations séreuses des couches superficielles du derme, peuvent bien être considérées comme de *véritables manifestations intradermiques* de l'hystérie. En tout cas, on retrouve bien ici la présence des deux conditions déjà signalées comme nécessaires, à savoir le *nervosisme* et l'*arthritisme.* Mais, étant donnée la préexistence des troubles gastriques, il est permis de supposer que le malade devait, antérieurement à sa chute, avoir du dermographisme atténué, plat, fugace (*petit état dermographique*).

Enfants. — Ce petit état est extrêmement fréquent chez les enfants, même très jeunes, qui sont si souvent sujets aux vices d'alimentation et aux troubles de digestion : Aussi est-on souvent très embarrassé de savoir, par exemple dans une méningite et dans une fièvre typhoïde surtout (puisque celle-ci se développe avec une préférence marquée chez les sujets dont l'appareil digestif fonctionne habituellement d'une manière défectueuse), ce qui revient en propre à la maladie et ce qui existait antérieurement à elle. Pour bien juger la question, il faudrait savoir exactement quel était l'état dermographique d'un sujet avant l'apparition d'une des maladies que nous venons de nommer : ce sera l'objet de recherches ultérieures.

Quoi qu'il en soit, et bien que l'on ait démontré que l'hystérie était fréquente chez les jeunes enfants; bien que, d'autre part, l'urticaire soit un phénomène fréquent dans l'enfance, je n'ai constaté chez les enfants de 3, 5, 6 et 8 ans que le *petit état dermographique.*

Ages divers. — Les plus jeunes de mes *grands dermographiques* étaient âgés, l'une de 9 ans, l'autre de 11 ans; toutes deux avaient une hygiène alimentaire défectueuse, de fréquentes indigestions, une constipation habituelle, de la pâleur, de la céphalalgie, et tous les signes de la dystrophie chronique d'origine gastrique.

Sexe. — Nous avons dit que beaucoup d'hommes étaient atteints du petit état dermographique; chez eux, c'est aussi la règle de ne pas arriver aux phénomènes intensifs, bien qu'il ne soit pas rare d'en rencontrer et des plus accentués : toujours comme dans l'hystérie masculine, qui, plus rare que la féminine, dépasse, quand elle éclate, toute mesure et défie toute comparaison.

Le plus âgé de mes grands dermographiques avait 62 ans; un autre, le cocher, 57; plusieurs entre 40 et 50; enfin le plus grand nombre de 20 à 30.

Chez les femmes, le système nerveux est plus vibrant, plus impressionnable : ce qui explique la plus grande fréquence chez elles des troubles nerveux. C'est ce que nous observons, du moins pour le dermographisme (grand état), où plus des 3/4 des sujets sont des jeunes

filles ou des femmes n'ayant pas dépassé l'âge de la ménopause, une seule était dans ce cas à 60 ans ; mais son dermographisme n'était que de moyenne intensité et ne durait pas plus de 20 minutes. Au delà, comme chez l'homme-vieillard, je n'en ai pas observé de cas : est-ce que, comme a dit Trousseau, l'âge calme la fougue nerveuse, même en ce qui concerne les vaso-moteurs cutanés?

Dermographisme et hystérie. — Le dermographisme semble *parfois* tout à fait indépendant de l'hystérie ; ce sont les cas peut-être les plus fréquents où le dermographisme n'est accompagné d'aucune sensation anormale et où la manifestation cutanée constitue toute l'affection. Mais il y a des cas également incontestables où c'est au contraire au milieu des phénomènes les plus nettement hystériques que le dermographisme se développe : tels sont les faits rapportés par Blachez, Beaumetz, Bourneville, Mesnet et par tant d'autres observateurs, où l'anesthésie se montre, soit généralisée, soit unilatérale, l'intensité du dermographisme n'étant d'ailleurs nullement modifiée par le défaut de sensibilité. Caspary a contrôlé expérimentalement le fait en chloroformant, d'une manière complète et jusqu'à l'insensibilité de la cornée, un sujet sur lequel le dermographisme resta aussi intense qu'à l'état normal.

L'association incontestable du dermographisme et de l'hystérie constitue peut-être un argument de plus à l'appui de la théorie qui considère les troubles hystériques comme consécutifs, eux aussi, à des auto-intoxications. Dans les cas d'hérédité, on reçoit un système nerveux particulièrement sensible à certaines toxines, comme on rencontre tel organisme exceptionnellement et éminemment impressionnable par tel ou tel médicament, l'opium, l'iodure, le mercure, etc.

Le dermographisme ne serait pas engendré par l'hystérie, mais l'hystérie et le dermographisme relèveraient. sinon d'une seule et même cause (ce qui n'est pourtant pas impossible), du moins de causes analogues et très voisines.

Hérédité. — Parmi mes malades, trois frères présentent le grand état dermographique ; tous trois, très nerveux, ont d'ailleurs des dilatations d'estomac prononcées. D'autre part, une fillette de 9 ans présentait un dermographisme aussi fortement saillant qu'une grande personne et persistant de 15 à 20 minutes ; c'est la fille d'un père très nerveux qui est porteur du petit état dermographique comme son autre fille âgée de 6 ans. Ces deux enfants sont les nièces de deux tantes qui sont elles-mêmes de grandes dermographiques. L'*hérédité neuro-pathologique* est donc ici formelle et se produit suivant une même modalité.

Conditions sociales, hygiène, alimentation, etc. Militaires, etc. — Le dermographisme se rencontre dans toutes les *conditions sociales* : je l'observe aussi intense chez deux jeunes femmes, dont l'une, méridionale, est la maitresse, et l'autre, bretonne, est la servante. Les femmes du peuple y sont aussi sujettes que celles des classes élevées. Beaucoup de médecins militaires ont signalé sa fréquence dans l'armée. Les ouvriers n'en sont pas exempts ; pas plus que les paysans. Il est probable qu'on le rencontre dans toutes les races. Il serait curieux de le rechercher chez les nègres. Le dermographisme n est pas rare chez les animaux, notamment chez les chevaux (Lagrange, Hermet) ; l'hystérie y est fréquente aussi, comme d'ailleurs dans la série animale (chevaux, chiens, chats, lièvres, chevreuils, etc.).

Maladies coexistantes augmentantes du dermographisme). — Je l'ai vu plus intense après une grippe et après une rubéole ; chez un autre malade, l'augmentation du dermographisme fut très nette dans les premiers mois d'une infection syphilitique ; là encore, le dermographisme se comporte comme comme l'hystérie.

D'autre part j'ai rencontré le grand dermographisme dans les *maladies les plus dissemblables* : épilepsie, 2 fois ; hystérie, 11 fois ; tabes, 52 ans, 1 fois ; goutte, 47 ans, 1 fois ; goitre exophtalmique, 30 ans, 1 fois ; sclérose en plaques, 47 ans, 1 fois ; dans ces deux cas, la sensation d'hyperthermie était marquée, surtout au dire des malades ; paralysie générale, 2 fois ; psoriasis, 2 fois ; pityriasis rosé, 4 fois ; diabète, 6 fois ; sclérodermie, 1 fois, suture, femme de 60 ans, après ménopause ; artério-sclérose rénale, 1 fois ; rhumatisme et cardiopathies, 4 fois ; tuberculose pulmonaire, 2 fois. Michelson l'a constaté le 13[e] jour d'une blennorrhagie ; moi-même, trois fois, dans ces conditions, mais croyant à une simple coïncidence, je n'ai pas suivi les malades à ce point de vue. Michelson, au contraire, a vu le dermographisme s'atténuer au fur et à mesure que la blennorrhagie guérissait. Enfin, urticaire, 17 fois. Dans un cas, l'urticaire durait depuis deux ans, pendant lesquels la malade n'était pas restée 8 jours sans en avoir des poussées. Dans ces 17 cas, il y avait prurit et démangeaisons violentes.

Raymond, de son côté, nous fait connaître qu'on l'a signalé dans diverses affections de la moelle, syringomyélie (Roth, Schultz, Grasset, etc.) ; pachyméningite cervicale hypertrophique (Weill) ; cancer de la colonne vertébrale (Clément) ; lèpre (Kalindéro) (1) ; kyste hydatique du foie comme cause d'urticaire et de grand dermographisme (Duguet) ; zona (Snyster) ; maladie de Werhloff (Clément) ; diabète (Peter) ; asphyxie locale des extrémités (Raymond) ; ce dernier auteur signale, de plus, le dermographisme comme phénomène prémonitoire d'attaques hystériques.

On le voit, dans les maladies les plus différentes, le dermographisme reste toujours identique à lui-même. C'est donc dans les *conditions de santé* les plus diverses que l'on rencontre le dermographisme, et d'ailleurs toujours avec les mêmes caractères.

Comme les contractures ou les paralysies, comme tout autre manifestation hystérique, le dermographisme peut se développer avec anesthésie totale ou partielle, avec hyperesthésie, ou bien, ce qui est le cas le plus habituel, sans aucune modification de la sensibilité normale. C'est ce que démontre nettement l'examen des observations, et c'est un rapprochement de plus à faire entre le dermographisme et l'hystérie : *conclusion toujours la même*, mais à laquelle nous sommes ramené par des faits différents ; une cause qui produit l'un peut produire l'autre ; ce n'est encore qu'une hypothèse, mais une hypothèse que les faits rendent plausible. Il me semble que je m'accorde en ce point avec les idées émises dès 1880 par Schwimmer et par G. Lewing (Deutche Zeitschrift für pract. Medicin 1887 n 17). (*A suivre*).

(1) Le Pr Kalindéro nous a envoyé de très intéressantes photographies de dermographisme chez les lépreux, avec des observations qui paraîtront dans notre monographie. En attendant, qu'il veuille bien recevoir nos meilleurs remerciements.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Nouvelles applications de la méthode de Brown-Séquard.

Le traitement de certains états morbides par les injections sous-cutanées de suc testiculaire, imaginé par M. Brown-Séquard il y a quelques années, s'est étendu et pour ainsi dire généralisé. Tout le monde s'engage dans la voie ouverte par le professeur du Collège de France, les uns avec ardeur, les autres avec une certaine timidité. Quoique j'appartienne à cette dernière catégorie, je crois utile de résumer les applications nouvelles de la méthode.

Après les injections de suc testiculaire, qui ont prêté à tant de discussions, à tant de plaisanteries d'un goût douteux, sont venues les injections de substance nerveuse employées par M. C. Paul dans la chlorose, la neurasthénie, etc. Aujourd'hui on injecte le suc retiré du pancréas, du rein, du corps thyroïde et généralement de toutes les glandes ou parenchymes de l'économie (capsules surrénales, rate, ganglions, moelle des os, muscles). Un fluide, une sécrétion, une propriété vient-elle à manquer, ou est-elle supposée manquer à un organe, à un viscère, on songe aussitôt à introduire dans le corps du malade l'extrait de cet organe, de ce viscère.

Jusqu'à présent ces extraits d'organe ont été empruntés aux animaux : lapin, cobaye, chien, mouton, bœuf, etc.

Ils sont préparés suivant une méthode absolument scientifique et rigoureuse, dont M. d'Arsonval possède tous les secrets ; la glande est triturée, mêlée de glycérine ; le liquide filtré et stérilisé peut être injecté dans le tissu cellulaire sans provoquer de réaction inflammatoire.

Les essais provoqués de tous côtés par la publication des premières expériences de M. Brown-Séquard n'ont pas donné de résultats concordants de nature à entraîner la conviction des esprits froids et réfléchis.

Les insuccès ont balancé les succès, et si les accidents imputables à la pratique des injections ont été nuls ou insignifiants, aucune cure éclatante, aucune guérison définitive n'est venue mettre le sceau à une découverte aussi imprévue.

On a cité de nombreuses améliorations, que les sceptiques ont pu mettre sur le compte de la suggestion et de la foi préconçue en des pratiques qui touchent au merveilleux et qui tout au moins avaient le mérite de l'inédit.

Mais, à l'heure actuelle, rien de décisif n'a été produit à l'actif de la méthode. Nous ne savons pas ce que l'avenir lui réserve ; la question est pendante, et c'est pourquoi il est utile de signaler tous les documents qui permettront de la juger.

A ce point de vue, les communications faites récemment à la Société médicale des Hôpitaux sont instructives (1).

M. Dieulafoy, dans un cas désespéré d'urémie avec anurie, s'est cru autorisé à injecter au malade un liquide tiré de la substance corticale du rein ; malgré l'emploi de la *néphrine*, le malade a succombé. Dans ce cas, le régime lacté, la lactose, les ventouses, la saignée ne purent triompher de l'anurie. On prit alors un rein de bœuf, on en détacha la substance corticale, on la tritura dans un mortier en l'additionnant de 300 gr. de glycérine neutre et de 200 gr. d'eau stérilisée contenant 5 0/0 de sel marin. On filtra la masse dans un filtre de papier, puis le liquide obtenu dans un filtre Chamberland ; on recueillit ainsi 50 à 55 gr. d'un liquide jaunâtre, visqueux, transparent, qui servit à faire des injections sous-cutanées. L'anurie complète datait de 5 jours, quand on pratiqua deux injections sous-cutanées de 50 centigr. chacune de *néphrine* de cobaye ; le lendemain, on injecta 3 gr. 50 de *néphrine* de bœuf. Le troisième jour, la situation s'est améliorée, le coma a disparu, et l'on retire par la sonde 650 gr. d'urine. Mais cette amélioration ne se maintint pas et le malade succomba.

Quoi qu'il en soit, les injections de néphrine ont été parfaitement innocentes et ont coïncidé avec une amélioration qui, pour avoir été éphémère, n'en est pas moins réelle.

On pouvait se demander *a priori* si les injections d'extraits organiques n'étaient pas contre-indiquées dans les néphrites et dans tous les cas où il y a une barrière rénale qui entrave l'élimination des principes actifs. M. Merklen, pour cette raison, avait reculé devant l'emploi des injections de suc testiculaire chez un artério-scléreux dont les reins étaient malades. Or ces injections, faites après l'avis de M. Brown-Séquard, non seulement furent bien tolérées, mais encore leur emploi fut suivi d'une amélioration considérable dans l'état du malade. Il semble donc qu'on puisse négliger l'état des reins dans la pratique de ces injections.

M. Legroux, chez un enfant de 4 ans atteint de myxœdème, a constaté une amélioration manifeste, à la suite d'injections du suc thyroïdien. L'enfant contracta ensuite la diphthérie dont il mourut. A l'autopsie, l'absence du corps thyroïde a été constatée. Dans un cas analogue, on se souvient peut-être que M. Lannelongue fit la greffe sous cutanée de corps thyroïde emprunté à un mouton. Le sujet, amélioré momentanément, serait actuellement, à Bicêtre, dans le service de M. Bourneville (1). Cet exemple, et bien d'autres, montre qu'il faut suivre longtemps les malades de ce genre avant d'affirmer la guérison ; la méthode ne peut triompher sans l'épreuve du temps.

Un médecin de Lyon, M. le Dr V. Robin, vient encore de traiter un enfant myxœdémateux par les injections de suc thyroïdien suivies de la greffe du corps thyroïde (2). Les résultats, encore trop récents pour autoriser des conclusions formelles, ne sont pas dépourvus d'intérêt, on en jugera.

Il s'agit d'un enfant de 7 ans, atteint de myxœdème congénital, arriéré sous tous les rapports : la taille est courte, l'aspect est celui d'un enfant de 3 ou 4 ans, les membres sont gros, courts, incurvés. L'enfant n'a jamais marché spontanément ; depuis un an seulement

(1) Séance du 14 octobre 1892.

(1) Communication orale de M. Legroux.
(2) *Bulletin médical*, 26 oct. 1892.

il peut se tenir debout et faire quelques pas quand on lui donne la main. Tous les mouvements lui coûtent et sont exécutés avec lenteur, hésitation et maladresse. La parole articulée n'existe pas, l'enfant n'émet que des sons rauques et peu distincts. Quand on l'appelle, il se retourne, mais il s'écoule un certain temps entre la question et la réponse ; les perceptions sont obtuses et retardées.

Vers l'âge de 5 ans l'enfant eut la rougeole et plus tard la coqueluche. Dans ces deux maladies, compliquées d'accidents pulmonaires et de fièvre, on vit l'infiltration diminuer, puis disparaître, et l'enfant reprendre un aspect normal. La fièvre passée, le myxœdème s'affirma de nouveau, en accentuant même ses manifestations : joues gonflées, pendantes, visage en pleine lune, bouche entr'ouverte, langue volumineuse faisant saillie au dehors, paupières bouffies, persistance des fontanelles, etc.

On commence, cette année, les injections de suc thyroïdien, qui sont continuées tous les jours pendant 4 mois. Dès les premiers jours, l'enfant s'est réveillé de sa torpeur ; ses mouvements, de lents, sont devenus rapides, son visage s'est éclairé, son regard s'est avivé. On voit que l'enfant cherche à s'amuser et bientôt il a pu marcher seul et même courir. L'œdème a diminué, puis totalement disparu ; la peau, auparavant rugueuse, épaissie, est devenue lisse et souple, les membres sont devenus grêles.

Après quatre mois de traitement, l'enfant court, répond par signes aux questions qu'on lui adresse ; sa mimique est animée, le son de sa voix est moins rauque ; il essaie de remuer la langue et les lèvres en même temps qu'il émet un son. En quatre mois sa taille s'est allongée plus qu'elle n'avait fait les années précédentes. La température qui était basse (36°) s'est élevée à 37°, c'est-à-dire à la normale. En un mot le sujet est devenu méconnaissable. Ce changement a été aussi remarquable que rapide et, aujourd'hui que le cou s'est désinfiltré, la palpation révèle nettement l'absence du corps thyroïde.

M. V. Robin, après avoir obtenu ce résultat étonnant, n'a pas cru que sa tâche fût terminée ; ces injections n'étaient qu'un préambule, elles ont servi à préparer le terrain en augmentant la vitalité de l'enfant et en lui fournissant momentanément les substances qui manquaient. Mais les injections ne peuvent suppléer à l'absence du corps thyroïde, et il fallait en arriver à la greffe de cette glande. L'auteur donc, marchant sur les traces de M. Lannelongue, a pris un corps thyroïde de mouton et l'a inséré sous la peau de son malade. Les suites opératoires ont été simples, mais l'histoire s'arrête là, et nous ne savons pas si l'avenir réservé au petit opéré sera aussi brillant que l'état présent. Si nous en jugeons d'après les résultats obtenus ailleurs, il est permis d'en douter. Quoi qu'il en soit, le cas de M. V. Robin est des plus intéressants et mérite d'être retenu.

J'ai, pour mon compte, dans un cas de diabète grave, essayé les injections de suc pancréatique, et voici ce que j'ai observé.

Un homme de 25 ans, garçon épicier, ayant l'habitude de manger beaucoup de sucreries, s'aperçoit depuis un an qu'il maigrit et perd ses forces ; en même temps son linge et son pantalon sont tachés par les urines plus abondantes et plus fréquentes que d'habitude. Un pharmacien constate la présence du sucre et le diabète est avéré. Quoique le père du malade ait été obèse, ce dernier est maigre et décharné, et son émaciation, constatée dès le début, a fait d'incessants progrès, jusqu'au moment où le malade entre à l'hôpital Tenon (13 février 1892). C'est un type de *diabète maigre*. La faiblesse est extrême, les jambes fléchissent dès que le malade est debout, les réflexes rotuliens sont abolis. La quantité des urines rendues chaque jour varie entre 7 et 10 litres ; la quantité des boissons est proportionnelle ; la polyurie et la polydipsie sont donc portées à un degré extrême. L'appétit est tout aussi exagéré et le malade absorbe des quantités énormes d'aliments. Il est vrai qu'il perd, en moyenne, chaque jour, 800 gr. de sucre, 75 gr. d'urée, 65 gr. de phosphates. Nous prescrivons successivement la codéine, l'antipyrine, le bromure de potassium, le bicarbonate de soude, le régime carné, etc. La glycosurie diminue, mais la maigreur et l'affaiblissement persistent. C'est alors que je fis demander à M. d'Arsonval un flacon de liquide pancréatique qu'il a eu l'obligeance de m'envoyer. Avant d'injecter ce liquide au malade, je fais analyser ses urines ; le 27 avril, veille de la première injection, le malade a rendu 5 litres d'urine contenant ensemble 177 gr. de glycose, 57 gr. d'urée, 25 gr. de chlorures, 3 gr. 20 de phosphates.

Le 28 avril, une première injection est faite sous la peau de l'abdomen avec un demi-centimètre cube d'extrait de pancréas mêlé à un demi-centimètre cube d'eau stérilisée. Le malade, qui est très nerveux, accuse immédiatement des irradiations douloureuses vers le cœur, le creux épigastrique, etc. Mais ces phénomènes se dissipent rapidement et tout rentre dans l'ordre.

Le lendemain, la quantité des urines reste à 5 litres, puis tombe à 4 litres 1/2. Le 30 avril, deuxième injection. Le 1er mai, 5 litres d'urine. Le 2 mai, 6 litres. Nouvelle injection répétée tous les jours jusqu'au 7 mai.

Un débridement nécessité par la formation de phimosis et de végétations du gland est suivi d'abaissement dans la quantité des urines ; de 5 à 6 litres cette quantité tombe à 2 et 3 litres.

Mais l'influence du traumatisme chirurgical ne se maintient pas et la polyurie reparaît. Le malade n'obtenant aucun soulagement durable quitte l'hôpital et ne donne pas de ses nouvelles.

Les injections d'extrait de pancréas de cobaye, faites ici peut être timidement, ont été parfaitement tolérées ; elles n'ont été suivies d'aucun accident local, d'aucune induration, à plus forte raison d'aucune inflammation. Il faut bien reconnaître qu'elles ont été absolument inefficaces et que la question du traitement du diabète maigre par l'extrait de pancréas reste entière.

M. Dieulafoy a annoncé, dans la même séance de la Société des Hôpitaux où il faisait sa communication sur le traitement de l'urémie par la *néphrine*, qu'il

avait actuellement dans son service de l'hôpital Necker un certain nombre de diabétiques soumis aux injections sous-cutanées de suc pancréatique. Mais il n'a pas encore publié ses résultats.

Etant donné que, parmi les diverses formes du diabète, il en est une (le *diabète maigre*) qui semble liée à une lésion du pancréas (Lancereaux et Lapierre, Minkowski et Mering, Thiroloix, etc.), les injections de *pancréatine* sont absolument logiques.

Le pancréas étant supposé incapable de jouer son rôle digestif sur les matières amylacées et sucrées, on est conduit tout naturellement à introduire dans l'économie les substances capables de remplir ce rôle. Malheureusement nous ne savons pas si cette *pancréatine* confiée à l'absorption sous-cutanée ira bien à son adresse et agira dans le sang comme elle agit dans le duodénum ou l'intestin. La méthode, pour scientifique qu'elle paraisse dans le cas particulier, est donc aveugle et nous ne devons la faire entrer dans le domaine de la thérapeutique courante que si des faits probants, des guérisons certaines, durables, viennent la recommander.

Or je ne crois pas qu'aucune observation ait été encore produite à l'actif du traitement du diabète par la *pancréatine*. Donc, à l'heure actuelle, la méthode de M. Brown-Séquard n'a pas fait ses preuves ; elle n'a pas franchi la période d'essais et de tâtonnements qui marque l'origine de la plupart des méthodes thérapeutiques. Nous devons conserver, à son égard, l'attitude bienveillante, mais réservée, qui convient aux véritables cliniciens. Dr J. Comby.

La prostitution à la Nouvelle-Orléans.

The Medical Record, de New-York, publie la note suivante dans son numéro du 9 octobre dernier :

L'inscription des femmes prostituées a été l'objet d'un certain intérêt, à la Nouvelle-Orléans, il y a quelque temps. Le Conseil municipal juge qu'il serait utile de rendre une ordonnance exigeant l'inscription et une visite hebdomadaire des femmes prostituées.

Ni l'inscription, ni les visites plus ou moins éloignées et plus ou moins bien faites, ne sont parvenues jusqu'ici à arrêter d'une façon sérieuse la propagation des maladies vénériennes. Il y a mieux à faire. Nous estimons qu'en premier lieu il faudrait, à l'occasion, — et c'est aux médecins que nous parlons, — apprendre aux malheureuses marchandes d'amour les soins de propreté générale, les soins de propreté locale et leur conseiller l'emploi intelligent des antiseptiques. Nous pensons, en second lieu, qu'il faudrait faire subir aux services de vénériennes des hôpitaux une transformation radicale, les organiser aussi confortables que possible, les pourvoir de bains, de bidets, d'injecteurs parfaitement propres, leur donner de l'eau en abondance, en un mot prendre toutes les mesures capables d'attirer et de maintenir les vénériennes dans ces services, tandis qu'aujourd'hui on semble prendre à plaisir toutes les mesures susceptibles de leur faire redouter des services malpropres, dégoûtants, qui ont tout de la prison et rien de l'hôpital.

Nous sommes persuadé que si ces réformes étaient réalisées et si les médecins des vénériennes voulaient se montrer de vrais médecins, dans dix ans on aurait obtenu une diminution notable des maladies vénériennes. La direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur pourrait rendre ce service au pays, si elle le voulait sérieusement. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 janvier 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

La correspondance comprend, en particulier, le programme du neuvième prix Bressa, institué par l'Académie des sciences de Turin (Voir aux *Varia*).

M. Cadet de Gassicourt lit un rapport sur un travail du Dr Saint-Philippe, relatif aux *conditions d'infection dans les hôpitaux d'enfants*. Ce travail met en particulier en relief les sources multiples d'infection par la voie cutanée. M. Saint-Philippe étudie les infections par la plaie du cordon ombilical, les co-ulcérations vaccinales et surtout l'impétigo. Il fait jouer à l'impétigo un rôle important — peut-être exagéré — dans les infections de l'enfance.

M. Laborde lit, au nom de M. Béranger-Féraud, un travail sur le *nombre et la longueur des tænias sur un même sujet*. On a pu, chez le même malade, rencontrer des tænias d'espèces différentes : tænia armé et tænia inerme, tænia inerme et tænia botriocéphale. Le nombre des tænias relevé dans 2,086 observations a varié de 1 à 15 pour les tænias armés, de 1 à 60 pour les tænias inermes, de 1 à 100 pour le botriocéphale. Mais le nombre des observations où le chiffre des tænias trouvés dépassait 5 atteint à peine 4 0/0. Relativement à la longueur des tænias rendus, les chiffres de 250 mètres et plus donnés par d'anciens auteurs sont plus que douteux. M. Béranger-Féraud a pourtant vu, sous l'influence de la peltiérine, un mécanicien de la marine expulser 3 tænias de 37, 43 et 74 mètres. La longueur totale atteignait donc 154 mètres et le poids total s'élevait à 922 grammes. Le malade n'était pourtant pas complètement débarrassé et continua à rendre spontanément des anneaux.

M. Laborde rapporte une observation qui lui est communiquée par le Dr Laborde (de Biarritz) et où des *tractions rythmées sur la langue*, combinées avec la respiration artificielle, ranimèrent au bout de 10 minutes une fillette de 20 jours en état de mort apparente. L'asphyxie, dans cette observation, était due à une toux spasmodique. Ce procédé pourrait sans doute réussir également dans l'asphyxie consécutive aux accès d'asthme.

M. Lagneau présente une série de tableaux montrant l'*influence exercée par les guerres* de la Révolution et du Premier Empire *sur l'accroissement de la population*, le chiffre des naissances, celui des mariages et celui des décès. Cette influence néfaste est certaine, mais a été exagérée. En effet, à cette époque, les hommes mariés échappant à la conscription, on voit souvent au moment des grandes levées d'hommes et en particulier au moment de la campagne de Russie une recrudescence dans le nombre des mariages et, par suite, dans la natalité. L'insuffisance des statistiques dressées à cette époque ne permet pas d'établir complètement la morbidité et la mortalité, par rapport au nombre d'hommes appelés sous les drapeaux. On est malheureusement obligé d'avouer, qu'à l'heure actuelle, les documents statistiques sont encore à cet égard bien insuffisants. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 30 décembre. — Présidence de M. Desnos.

M. Chantemesse, à l'occasion du procès-verbal, lit une note sur les *complications de la fièvre typhoïde par invasion du coli bacille*. Le coli bacille intervient quelquefois comme élément de complication dans la fièvre typhoïde mais il conserve ses caractères propres. Il en était ainsi dans un cas de néphrite suppurée survenue dans le cours d'une do-

thiénentérie. Au moment de la convalescence, la malade fut prise de douleurs de reins, de frissons, de vomissements, l'urine contenait du pus renfermant le coli bacille faisant fermenter activement la lactose. La malade prostrée tomba bientôt dans le coma avec une température de 40°, puis succomba. L'autopsie ne put être faite. Il s'agissait donc de néphrite par coli bacille. Celui-ci peut favoriser l'invasion du bacille d'Eberth et semble aggraver la fièvre typhoïde ; au point de vue morphologique, le coli bacille se distingue du bacille d'Eberth par ses éléments jeunes qui présentent 4 à 8 flagella.

M. Comby lit une note sur le *traitement de certains cas de tuberculose pulmonaire par les injections intraparenchymateuses interstitielles de chlorure de zinc.* Les malades traités étaient atteints de tuberculose peu avancée et localisée à un seul poumon. Chez le premier malade on fit, au niveau des craquements, une première injection de 3 gouttes de solution de chlorure de zinc au 1/50e. Cette injection fut bien tolérée ; la seconde fut faite avec une solution au 1/40e, puis au 1/30e, enfin au 1/20e alternativement en avant et en arrière de la poitrine. En 16 jours, 6 injections furent pratiquées. Amélioration, le malade quitta l'hôpital. Le second, entré à la suite d'une hémoptysie très abondante et sans fièvre, fut repris 8 jours après de crachements de sang et de fièvre, craquements secs très abondants. Injection de 3 gouttes de solution au 1/20e dans le foyer ; 3 jours après, injection de 4 gouttes. Quintes de toux sans expectoration. A la 4e injection les craquements deviennent moins fins, plus secs. Le malade sort. Le 3e présente une tuberculose du sommet droit plus avancée : fonte du poumon, fièvre, sueurs nocturnes. A la première injection, pas de réaction ; à la deuxième, oppression ; la troisième est bien supportée. Le malade sort. Ainsi, chez 3 malades à tuberculose peu avancée, 13 injections de chlorure de zinc au 1/20e ont pu être faites et bien tolérées. Peut-être en poursuivant ces essais obtiendrait-on des résultats favorables.

M. Moutard-Martin. — M. Comby nous signale l'innocuité des piqûres, mais il ne parle pas d'amélioration de l'état des malades.

M. Comby. — Deux des malades ont paru très améliorés. Mais il faut pour faire ces injections avec chances de succès ne s'adresser qu'à des malades dont les lésions sont très localisées.

M. Moutard-Martin. — N'importe quel médicament pendant les 3 premières semaines produit chez les tuberculeux une amélioration. On ne peut donc pas attribuer au chlorure de zinc dans ces conditions des propriétés particulières.

M. Huchard présente les pièces anatomiques d'un *cas de tendon aberrant au cœur diagnostiqué pendant la vie.* Le diagnostic a pu être fait grâce au frémissement et au piaulement caractéristique (*bruit de guimbarde*). La plupart du temps les tendons aberrants du cœur ne donnent lieu à aucun signe caractéristique. Pour qu'ils traduisent leur présence il faut qu'ils soient placés sur le trajet du courant sanguin.

La 2e pièce est un exemple d'*endocardite infectieuse consécutive à une otite de l'oreille moyenne.* Cette affection est survenue chez une femme présentant une anorexie complète, de la céphalalgie, des vomissements, une raideur du cou qui avaient fait penser à une méningite tuberculeuse. A l'auscultation rien au cœur. Le 6 décembre, à cause d'un abcès retro-auriculaire on la passe en chirurgie, l'abcès est ouvert et drainé. La malade meurt. A l'autopsie otite suppurée, perforation du tympan, thrombose des sinus cérébraux des jugulaires ; endocardite infectieuse. Dans les cornes antérieures gauches abcès. Pus au sommet des poumons, lésions moins accusées au poumon gauche qui est cependant farci d'infarctus. Le myocarde présente plusieurs abcès. L'examen bactériologique n'étant pas terminé, les résultats en seront donnés dans la prochaine séance.

M. Rendu lit son rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1892.

L.-R. Regnier.

Asphyxie par poêles mobiles. — Ces jours dernier , le nommé H... V .. a été asphyxié par un poêle mobile, dans l'appartement qu'il habite rue d'Alésia.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 janvier 1893. — Présidence de M. Chauvel.

M. le Dr Félizet, à propos de la communication de M. Pozzi sur l'*aiguille à sutures* de M. Montaz, rappelle qu'il a présenté il y a quelque temps un instrument analogue, basé sur le principe de la machine à coudre.

De l'orchidopexie.

M. Terrillon. — J'ai fait, depuis 3 ans, 6 fois l'orchidopexie. Dans 4 cas, il y avait déplacement du testicule avec hernie congénitale ; dans deux cas je ne trouvai pas trace de canal vagino-péritonéal. Il m'a été très difficile, dans les 4 premiers cas, de dénuder le canal. J'ai pratiqué l'excavation dans le scrotum et fixé le testicule au catgut. Dans 3 cas, j'ai eu des résultats satisfaisants (ces malades sont opérés depuis 3 ans, 18 mois et 13 mois) ; dans 3 autres cas les résultats ont été moins bons. Dans l'un le testicule est remonté, malgré toutes les précautions prises ; mais il a augmenté de volume. Dans les 2 autres, le testicule n'a pas été dégagé complètement et n'a pas changé de forme ni de dimensions.

M. Marchand. — Je puis citer un cas d'orchidopexie faite chez un garçon atteint d'ectopie testiculaire avec hernie.

M. Berger. — J'ai opéré plusieurs fois des malades de ce genre. Comme l'a dit M. Terrillon, il est, en effet, difficile d'isoler le testicule, cela pour plusieurs raisons, dont voici les principales : atrophie du scrotum, rétraction de l'appareil suspenseur du testicule, insertion vicieuse du crémater, fixation du canal vagino-péritonéal par la péritoine. On peut d'ordinaire surmonter ces obstacles, mais pas toujours ; et, quand le testicule est trop petit, il vaut mieux faire la castration. Il est bien rare qu'il n'existe pas de hernie en même temps que l'ectopie ; et souvent on la laissera échapper si on n'examine pas l'infundibulum inguinal avec soin. Je fixe le testicule à l'aide d'un fil de soie passé en anse et noué sur la peau ; je retire ce fil après quelques jours. Dès qu'on soupçonne, avec l'ectopie testiculaire, l'existence d'une hernie, il faut se conduire comme si elle existait et faire la cure radicale. Il est essentiel de compléter la libération du testicule par une suture soignée du trajet inguinal.

M. Lucas-Championnière. — Je suis de l'avis de M. Berger. Dans presque tous les cas il y a persistance du conduit vagino-péritonéal ; il faut donc traiter en même temps la hernie. Les difficultés signalées pour la dissection du testicule par MM. Berger et Terrillon sont réelles ; mais on les atténue dans une notable mesure si l'on procède à la libération des adhérences de haut en bas, et non pas de bas en haut. Il faut commencer la libération très haut, d'emblée. Qu'est-ce qui fixe le testicule ? Je ne puis trop le dire. Ce que je sais, c'est qu'il y a du tissu très dur autour du canal inguinal. Dans ces cas on ne doit faire la castration que quand on y est obligé par les circonstances, que si l'on ne peut parvenir à libérer le testicule dans de bonnes conditions. Il y a là un élément de l'opération très difficile à déterminer, en dehors des cas particuliers. Dans ces sortes d'interventions ce qui est important, ce n'est pas la fixation du testicule : c'est la destruction des parties fibreuses qui le fixent en une situation anormale. J'emploie le catgut et cela suffit.

M. Félizet. — Il faut distinguer, en ce qui concerne l'ectopie testiculaire, les malades adultes des enfants. Chez ceux-ci la hernie en se développant peut favoriser dans une notable mesure la descente du testicule et rendre l'opération ultérieurement plus facile. Aussi, dans ces cas, j'ai cru devoir recommander à une enfant de ne pas lutter contre les progrès de sa hernie, et le péritoine en descendant a entraîné le testicule. On peut par suite se demander si la hernie n'exerce pas une action bienfaisante sur l'ectopie.

M. Tuffier. — J'ai constaté une fois une aberration du *gubernaculum testis*, qui allait s'insérer dans la région du perinée, si bien que, si le testicule avait suivi, on aurait eu une ectopie périnéale. Quand on opère un malade atteint d'ectopie, on ne sait jamais ce qu'on pourra faire au cours de l'opération. La fixation n'est pas illusoire et je puis citer un fait qui le démontre.

M. Routier. — Dans un cas d'ectopie avec crises doulou-

reuses qui simulaient un étranglement interne, j'ai trouvé dans le canal inguinal un tissu mollasse qui empêchait le testicule de descendre et j'ai dû faire la castration. Le testicule était intra-pariétal.

M. Kirmisson. — M. Denucé (de Bordeaux) a envoyé à la Société deux observations : la première a trait à une *résection trochléiforme du coude pour ostéite tuberculeuse*, suivie d'une guérison complète, avec rétablissement des fonctions de l'avant-bras ; la 2e à une *opération de Hoffa pour une luxation congénitale de la hanche*. La malade, opérée depuis un an, reste guérie ; elle n'a qu'un très léger raccourcissement du membre. Marcel Baudouin.

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

I. — **Paralysies et contractures hystériques**; par P. Richer. — 1 vol. in-8 de 222 p. Paris, 1892. O. Doin, éditeur.

II. — **Anatomical observations on the brain and several sense-organs of the blind-deaf-mute, Laura Dewey Bridgman**; par Henry H. Donaldson (*Amer. Journ. for psychol.*, 1890 et 1891).

III. — **Etude clinique sur l'athétose double**; par Michailowsky. Th. Paris, 1892.

IV. — **De l'influence des accès isolés d'épilepsie sur la température**; par Mairet et Bosc (*Nouv. Montpellier méd.*, 1892).

I. — Il y a à peu près dix ans, M. Paul Richer avait présenté à l'Académie de médecine un mémoire sur ce sujet, qui avait obtenu le prix Civrieux. Depuis lors la science a marché, des questions nouvelles se sont posées, d'autres, encore obscures à cette époque, se sont élucidées. L'auteur, que sa situation de chef de laboratoire de la clinique de M. le Pr Charcot a mis à même de suivre pas à pas l'évolution de la question, a complété son travail, resté inédit à cette époque, et le publie aujourd'hui après l'avoir mis au courant des connaissances actuelles.

Dans l'attaque d'hystérie proprement dite, on observe des phénomènes de contracture (attaque démoniaque, attaque de contracture) et de paralysie (attaque de sommeil, par exemple). Mais ce n'est pas de cette catégorie de contractures ou de paralysies que l'auteur s'occupe dans son livre. Pour qu'il y ait véritablement contracture ou paralysie, dans le sens où il l'entend, il faut que ces phénomènes soient persistants et attirent à eux seuls l'attention du malade ou du médecin.

M. P. Richer traite d'abord de la paralysie et de la contracture hystériques en général. Au point de vue de l'étiologie, il mentionne l'influence des attaques, l'influence de la disparition d'un autre symptôme hystérique, celle de divers états morbides, enfin il étudie avec soin celle du traumatisme et des impressions morales (shock nerveux, shock local, troubles nerveux de la motilité et de la sensibilité sous l'influence de l'imagination, paralysies et contractures psychiques). Passant ensuite aux symptômes de la paralysie, l'auteur étudie son degré d'intensité (elle est rarement complète), sa localisation à tous les muscles d'un membre, l'absence des troubles trophiques (dans la majorité des cas), des troubles des réactions électro-musculaires, les altérations de la sensibilité, l'état des réflexes, sa durée et ses terminaisons. Un chapitre spécial est consacré à la paralysie par suppression des mouvements coordonnés connue sous le nom d'astasie-abasie. Puis vient une étude très intéressante de la contracture en général et de la diathèse de contracture, au point de vue musculaire et électro-musculaire avec relation d'expériences et tracés myographiques. M. Richer distingue deux espèces de contractures hystériques, la contracture hystérique permanente, douloureuse ou non douloureuse; la contracture de forme psychique. Elles diffèrent l'une de l'autre en ce que la première est à peu près invariable, tandis que la seconde varie d'un moment à l'autre, s'augmente sous l'influence des manœuvres et de l'attention. La première persiste pendant le sommeil, l'autre au contraire cesse à ce moment pour reparaître au réveil. Dans la contracture hystérique vulgaire, l'attitude en flexion domine pour le membre supérieur, l'attitude en extension pour le membre inférieur. Dans la contracture de forme psychique, on ne peut formuler aucune loi; l'auteur cite en particulier un fait dans lequel la jambe, fléchie, était appliquée contre la fesse. Enfin, tandis que la forme ordinaire s'accompagne très souvent de troubles de la sensibilité et est susceptible d'être modifiée par les esthésiogènes, dans la forme psychique, au contraire, on observe habituellement l'intégrité complète de la sensibilité et une résistance absolue aux esthésiogènes.

Je signale en passant, sans y insister, les chapitres relatifs aux complications de la contracture et de la paralysie et à l'étude de ces accidents dans l'hystérie de l'enfance. Dans le chapitre du diagnostic, M. P. Richer insiste avec raison sur le diagnostic de la simulation, à laquelle il n'attache que l'importance qu'elle mérite. Ce dont il faut le plus tenir compte pour une saine appréciation des choses, à ce point de vue, c'est l'état mental des hystériques, et l'auteur reproduit à ce propos une lettre d'une jeune hystérique qui est fort intéressante pour qui sait y démêler la vérité. Avec M. le Pr Charcot, et s'appuyant sur des considérations et des faits expérimentaux dans le détail desquels je ne saurais entrer dans ce court exposé, l'auteur démontre que le siège des contractures et des paralysies hystériques est dans l'écorce cérébrale, au moins dans l'ancienne majorité des cas. Après quelques pages consacrées à la thérapeutique, dans lesquelles il étudie judicieusement le traitement par l'hypnotisme et l'intervention chirurgicale, presque toujours sévèrement proscrite, M. P. Richer traite des contractures et des paralysies hystériques en particulier : monoplégies, hémiplégies, paraplégies, quadriplégies, des diverses localisations de ces troubles moteurs, des caractères spéciaux des altérations sensitives qui les accompagnent, de la ressemblance qu'ils affectent parfois avec certaines maladies organiques des centres nerveux. A signaler en particulier, dans cette partie du livre, le chapitre relatif aux contractures et paralysies de la face et des yeux : hémispasme glosso-labié, paralysie faciale hystérique; paralysies et spasmes hystériques des muscles oculaires. Enfin vient l'étude du torticolis, des arthralgies avec contracture (coxalgie hystérique), des troubles du larynx et de la respiration (spasme inspiratoire et expiratoire), des spasmes du tube digestif (dysphagie, vomissements, tympanite) et des troubles vésicaux, encore mal connus dans l'hystérie.

Tout cela est parfaitement au courant de nos connaissances actuelles et s'appuie sur des faits nombreux. Enfin, ce qui ne gâte rien, l'intelligence du texte est facilitée par de nombreuses figures, dues pour la plupart à la plume habile de l'auteur.

II. — Laura Bridgman est une malade sur laquelle de nombreux travaux ont été publiés et qui, après une enfance normale, fut prise à l'âge de deux ans d'une scarlatine grave à la suite de laquelle, ses deux yeux et ses deux oreilles ayant suppuré, elle perdit la vue et l'ouïe. Comme elle savait à peine parler avant l'accident, elle resta muette ultérieurement. De plus, les sens du goût et de l'odorat étaient à peine indiqués chez elle. Elle mourut à l'age de 60 ans, et ce sont les résultats de l'autopsie très intéressante qu'il fit que M. Donaldson relate dans son travail. Il est impossible d'entrer ici dans le détail des nombreuses mensurations, évaluations de poids, de surface, etc..., rapportées par l'auteur. En deux mots on peut dire avec lui que l'état de ce cerveau était celui d'un cerveau normal, dans lequel les bulbes et nerfs olfactifs, les nerfs optiques et acoustiques, et peut-être les glosso-pharyngiens auraient été plus ou moins complètement détruits à leur bout périphérique. Cette destruction avait amené une dégénération, plus marquée au niveau des nerfs optiques, et s'étendant vers les centres, qui étaient indirectement intéressés. De là, des traces plus ou moins évidentes sur tout le cerveau, en particulier diminution d'étendue et d'épaisseur de l'écorce cérébrale spécialement au niveau des centres en rapport avec les sens atteints (3e circonvolution frontale, insula, cunéus et lobe occipital), avec diminution de nombre des fibres d'association. Les centres avaient subi un retard de développement simple, non un arrêt complet, à vrai dire, car leurs dimensions réduites, assez peu en général, étaient loin d'être celles qu'on aurait constatées chez un enfant de deux ans (age auquel la perte des divers sens s'est effectuée). L'arrêt de développement prédomine de beaucoup au niveau de la 3e circonvolution frontale (centre moteur du langage articulé). On le constate nettement à l'œil nu, et la relativement grande altération qui existe à ce niveau, opposée à l'état presque

normal des centres sensoriels, donne dans une certaine mesure une idée des différences de réaction des diverses parties de l'écorce. L'auteur se demande comment ont pu se développer et vivre les cellules nerveuses des différents centres, restées inactives, puisque le fonctionnement spécial en était aboli, et malgré cela en quantité et en dimensions à peu près normales.

III. — Ce travail, fait à la Salpêtrière, dans le service de M. le Pr Charcot, est basé sur un certain nombre d'observations inédites provenant des services de M. Charcot et de M. Bourneville. Par l'examen, tant de ces faits que des cas anciens. dont le nombre s'élève aujourd'hui environ à 82, l'auteur tente de donner un tableau clinique complet de l'athétose double. L'ouvrage est divisé en quatre parties. Dans la première, M. Michaïlowsky traite des symptômes de cette maladie; dans la deuxième, il en étudie la marche, la durée, les terminaisons et le pronostic.

La troisième partie, qui est certainement la plus intéressante, a trait au diagnostic de l'athétose double. Tout d'abord l'auteur énumère les caractères qui permettent de la distinguer des chorées, de la maladie de Friedreich, de la sclérose en plaques, etc... Puis par des considérations originales et l'étude attentive des mouvements athétosiques, il tente de différencier l'athétose double des mouvements involontaires analogues qui s'observent dans d'autres affections nerveuses. le tabes dorsal. par exemple. et auxquels il donne le nom de *mouvements athétoïdes*. A ce point de vue les conclusions de l'auteur diffèrent de celles qui ont été émises récemment par M. Audry dans son ouvrage sur le même sujet. Suivant M. Michaïlowsky, l'athétose double serait une véritable maladie non encore complètement connue à vrai dire dans son essence, et que l'on pourrait placer à côté des chorées chroniques. Il n'y aurait pas d'athétose double d'origine ataxique, pas plus qu'hystérique. Dans ces maladies, pour ne citer que celles-là, on observerait seulement des mouvements athétoïdes et on n'y rencontrerait jamais le complexus symptomatique très particulier de l'athétose double vraie.

Enfin, l'ouvrage se termine par un chapitre consacré à l'anatomie pathologique et l'étiologie encore obscures de cette affection.

La thèse de M. Michaïlowsky est illustrée de fort belles planches en photocollographie éditées par la *nouvelle Iconographie de la Salpetrière*

IV. — Par l'étude d'un certain nombre d'accès d'épilepsie les auteurs ont pu arriver aux conclusions suivantes : 1° La température antérieure à l'attaque n'est pas modifiée. 2° Pendant l'attaque : pendant la période convulsive la température est légèrement tantôt abaissée tantot augmentée, suivant la violence des convulsions ; pendant le stertor elle est le plus souvent abaissée, lorsque le stertor est calme quelquefois augmenté, lorsqu'il s'accompagne d'agitation ; il en est de même pendant la phase de sommeil qui suit. 3° Après l'attaque : si le réveil est calme, la température auparavant abaissée ou élevée revient peu à peu à la normale, s'il est agité elle s'élève ; en tous cas, dans la majorité des faits la moyenne de la température de la journée est supérieure à la température moyenne des jours ordinaires. Georges Guinon.

CORRESPONDANCE

Matériel du Service de santé.

Lille, 24 décembre 1892.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai l'honneur de vous prier de [illegible] de rectifier une appréciation [illegible] à l'appareil axial, [illegible] dans le nº 51 du *Progrès médical*, 17 décembre 1892. J'ose espérer que vous accueillerez favorablement cette [illegible].

M. le Dr Freeman, après une description [illegible] de l'appareil axial, dit : « Il paraît [illegible] encombrant que le précédent type Bry-Ameline [illegible] sans doute à placer un filet autour des malades pour [illegible] de tomber pendant le sommeil ou s'ils étaient pris de délire et d'agitation. »

Cette crainte de M. le Dr Freeman n'est pas fondée. Elle n'a jamais été émise par aucune des nombreuses personnes, et des plus compétentes, qui ont assisté aux expériences faites avec l'appareil axial : j'ai tenu à ne pas la laisser naitre, ni grandir. Ce danger est si peu réel, que personne n'a hésité à se mettre dans les brancards, lorsque l'appareil était dressé sur *une plate-forme*, entraînée avec une vitesse maxima, sur un fragment de voie très défectueux, qui devait occasionner des soubresauts, des cahots, des oscillations des plus sensibles.

Je suis persuadé que si M. le Dr Freeman avait assisté à l'une de ces expériences, il aurait reconnu que les hommes couchés dans les brancards supportés par l'appareil axial ne sentent pas les trépidations, ne perçoivent pas les à-coups, ne participent pas aux oscillations verticales et surtout transversales du wagon ; par conséquent, qu'ils n'éprouvent ni roulis, ni vannage et qu'ils possèdent, par suite. des conditions de stabilité bien meilleures que sur les autres appareils.

S'il n'en était pas ainsi, mes recherches sur les mouvements des wagons en marche m'auraient permis de modifier l'appareil axial, en ce moment à l'étude à l'étranger ; tandis que l'observation me donne la conviction certaine que ses qualités en font encore le meilleur appareil de guerre pour le transport des blessés.

M. le Dr Freeman ajoute que « des essais ont été faits sur la ligne de l'Ouest avec un appareil inventé par MM. Bry, Bréchot et Desprez, conjointement avec les appareils déjà connus. » Je n'ai pas à apprécier cet appareil, mais je fais les plus grandes réserves en ce qui concerne l'*essai conjointement* avec l'appareil axial. L'appareil axial n'a été examiné qu'*une seule fois* par la Commission pendant ses dix-huit mois d'études ; ce fut la veille de la remise de son travail. E. Gavoy,

Médecin principal de 2e classe.

M. le Dr Gavoy me prête des opinions que je n'ai pas émises. Qu'il veuille bien relire l'article visé par sa lettre, et il conviendra que l'auteur des notes ayant servi à la rédaction du paragraphe concernant l'appareil axial n'a jamais prétendu que les malades ou blessés pouvaient tomber à cause des secousses imprimées par la marche du train ; il a eu soin, au contraire de bien spécifier que l'appareil axial « supprimait tous les crochets » et de reconnaître que, sous ce rapport, il n'était pas inférieur à l'appareil Bry-Ameline.

Mais il émet l'hypothèse, très vraisemblable, que les malades et blessés, couchés sur des brancards étroits sans rebord ni garnitures extérieurs, pouvaient choir dans le vide pendant le sommeil ou l'agitation du délire. Ces chutes se produisent même dans un service d'hôpital en des circonstances semblables, et pour les éviter on a soin de rapprocher au contact les lits de droite et de gauche. Elles pourraient se produire tout aussi bien pendant l'arrêt du train, et c'est pour les prévenir que je préconise le filet. L'inconvénient se produit également avec le nouvel appareil Bry-Bréchot-Déprez, mais n'existait pas avec l'ancien appareil Bry-Ameline.

Nous n'avons pas écrit que des essais avaient été faits en juillet dernier *conjointement*, etc., mais bien *comparativement*, ce qui est tout différent. L'essai comparatif d'un nouvel appareil ne nécessite pas absolument la reprise d'expériences déjà faites avec d'anciens appareils, dont les résultats sont acquis et peuvent servir de termes de comparaison en toute impartialité.

Nous reconnaissons volontiers, d'ailleurs, que la 7e Direction semble marquer une prévention instinctive pour toutes les inventions dues aux médecins militaires, et qu'elle n'encourage guère l'initiative qui n'émane pas de ses propres bureaux (1). L'appareil axial du Dr Gavoy mérite certainement l'attention au même titre que l'appareil Bry-Bréchot-Déprez ; il a été très remarqué des étrangers, qui sont sur le point de l'adopter pour leurs armées.

Le Dr Gavoy dont l'esprit ingénieux et inventif est bien connu, autant que ses beaux travaux sur l'anatomie de l'encéphale, se consolera en pensant que le brancard sur roues de son collègue, le médecin-major Strœbel, a été écarté de même, quoique simple, pratique et peu coûteux. On fait construire

(1) Pour être juste, il faut dire que la 7e Direction ne repousse [illegible] les inventions, mais elle les démarque toujours et [illegible] passer ensuite comme venant d'elle. Dans le même ordre d'idées, on remarquera que tous les rapports du Ministre de la guerre, en ce qui concerne l'hygiène de l'armée, sont veufs de noms propres. Cela serait d'ailleurs sans importance, si cela n'avait pour résultat direct d'étouffer et de décourager les initiatives.

en ce moment par l'artillerie des modèles nouveaux, qu'il ne nous appartient pas de louer ou de critiquer, mais qui ont l'avantage d'être anonymes. Nous pourrions citer d'autres exemples, et il en sera ainsi tant que les rapports, établis à la suite de l'examen des inventions présentées par les médecins militaires, ne seront pas publiés *in extenso* dans les *Archives de médecine militaire.*

L[r] FREEMAN.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur l'uréthrite chronique (goutte militaire); faites par le Dr HORTELOUP et recueillies par le Dr Ed. WICHHAM. — Paris, G. Masson, 1892.

L'uréthrite chronique est bien une des maladies les plus désespérantes du cadre nosologique soit pour le malade, soit pour le chirurgien. Si les personnes qui ont le bonheur de ne pas l'avoir en parlent en riant ou avec désinvolture, le médecin qui est aux prises avec cet ennemi sans cesse renaissant, le malade qui d'espoir en désespoir tombe parfois dans la plus profonde hypochondrie, arrivent à redouter la goutte militaire plus que la syphilis. Ce sera un baume pour le cœur du spécialiste que cette constatation qu'il pourra faire dans le livre de M. Horteloup, à savoir que ses confrères ne sont pas plus heureux que lui, et que : « de même qu'il y a dans la « société des gens rebelles à toute loi, de même il y a de par « le monde des blennorrhées qui résistent à tout traitement, « sauf au trépas, ce guérisseur universel. » Mais ne restons pas sur ces paroles quelque peu funèbres qui terminent les leçons du Dr Horteloup et jetons un coup d'œil sur les diverses parties du livre. Sa première leçon est consacrée à l'*antécédent* obligatoire ou quasi obligatoire (1) de la blennorrhée, c'est-à-dire à la blennorrhagie aiguë. Cette leçon intéressante se termine par un exposé sommaire de la doctrine gonococcique. Nous tenons à y relever une assertion qui s'appuie sur la haute autorité de Fournier, mais contre laquelle nous ne manquerons jamais de rompre une lance toutes les fois que nous la lirons ou l'entendrons répéter. C'est cette assertion renouvelée de Ricord que dans beaucoup de cas, 3 contre un l'homme attraperait une chaudepisse avec une femme qui ne l'a pas. Ici je m'insurge et je soutiens que pas plus que la rage, la variole, le choléra, la scarlatine, la morve, la lèpre, la tuberculose, etc., etc., la chaudepisse ne peut éclore spontanément et sans que son germe soit porté dans l'urèthre. Si un germe spécifique n'était pas nécessaire, il faudrait donc supposer que la chaudepisse naît des excès et de la malpropreté. Or, si cela était vrai, tous les paysans l'auraient, car ils cohabitent tous avec des femmes malpropres (je prie les très rares exceptions qui peuvent se rencontrer d'excuser la forme trop générale de mon affirmation) et les jeunes gens qui cohabitent avec les susdites femmes sont souvent tout aussi vigoureux que les jeunes citadins et non moins qu'eux amateurs de vin ou d'alcool. Or les paysans n'ont guère la chaudepisse que quand ils viennent la prendre à la ville dans une maison de tolérance quand il y eu chez eux une arrivée de militaires, ou quand il a été fait de grands travaux publics (ponts, chemins de fer, etc.) Dans ce dernier cas, ce sont les ouvriers nomades (*chemineaux*) qui transportent la blennorrhagie; mais je n'ai vu que très exceptionnellement un paysan contracter une blennorrhagie avec une fille de son village (je l'ai vu, cependant).

Il faut donc prendre pour ce qu'elle vaut la spirituelle boutade de Ricord : « Prenez une femme blonde, etc., » et confesser que la chaudepisse ne se permet pas d'enfreindre, plus que les autres maladies virulentes, les lois édictées par Pasteur.

Mais revenons aux leçons de M. Horteloup : La seconde est consacrée à la description du canal de l'urèthre, à l'étude des instruments qui servent à l'explorer et notamment de l'uréthroscope, enfin à la description des lésions anatomiques que cet instrument permet de constater. Ces lésions sont des plaques granuleuses et des infiltrats intra et sous-muqueux. Les plaques granuleuses sont comparables dans une certaine mesure aux granulations de la conjonctive si difficiles à guérir. L'infiltration intra-muqueuse donne lieu à l'apparition de plaques blanchâtres n'entraînant aucune déformation du canal l'infiltration sous-muqueuse, au contraire, fait apparaître le canal en forme d'étoile. C'est cette infiltration qui produit les rétrécissements de l'urèthre. M. Horteloup dit qu'à l'état normal la lumière du canal se montre sous la forme d'une fente transversale. Cela ne se justifie pas pour tous les canaux ou avec tous les instruments. Quand on examine l'urèthre avec un tube spéculum n° 26, par exemple, voici ce qu'on observe . à l'entrée de la portion membraneuse la muqueuse uréthrale tend à faire hernie dans l'intérieur du tube et, si le tube et l'urèthre se correspondent centre pour centre, on croirait voir un col utérin minuscule. Au contraire, lorsqu'on examine, en retirant doucement le tube, la portion membraneuse, la figure observée est celle d'un petit entonnoir à bords plissés. Lorsqu'on incline le tube endoscopique de manière à regarder une paroi ou une autre du canal, la figure observée change et la paroi sur laquelle s'applique l'orifice du tube peut sembler tout à fait plane. Quant à la coloration de la muqueuse, on l'a comparée à celle des lèvres du sujet; je la comparerais plus volontiers à celle de l'anus, d'autant plus qu'on distingue parfois dans le fond du canal des veinules (ou peut-être des taches ardoisées) qui rappellent la teinte des veines hémorrhoïdaires. A mesure qu'on retire le tube on trouve la muqueuse de plus en plus blanche. Pour apprécier sa couleur, il faut tenir compte de ce fait que si le tube endoscopique est un peu fort il aplatit les vaisseaux et diminue la rougeur de la muqueuse étudiée. On comprend aisément qu'il faille une certaine habitude pour reconnaître par le menu les lésions de l'urèthre à l'aide de l'uréthroscope; mais il ne faut pas croire que ce soit un instrument difficile à manier. La manœuvre du cystoscope et, pour sortir des voies urinaires, la manœuvre de l'ophtalmoscope et même celle du laryngoscope sont certainement plus malaisées. Quant au traitement à l'aide du tube uréthroscopique, il est peu douloureux, les malades le préfèrent, comme donnant une sensation moins pénible, au traitement par les instillations.

Les lésions de l'uréthrite chronique postérieure sont beaucoup plus difficiles à étudier et à constater que celles de l'uréthrite antérieure. M. Horteloup établit entre l'uréthrite postérieure et la cystite du col une barrière qui nous semble peu naturelle; au contraire il fait rentrer complètement la prostatite chronique dans l'uréthrite postérieure, manière de voir très admissible du reste. Le produit pathologique de l'uréthrite postérieure serait composé de filaments muqueux, de globules de pus et aussi de petits bouchons fibrino-épithéliaux en forme de virgules qu'il appelle virgules de Fürbringer. « A cette époque, dit-il, on entend déjà les malades se plaindre « d'impuissance, de défaut de jouissance ou d'érections un peu « soutenues. » Ces phénomènes s'observent surtout, il faut le dire, chez les sujets neurasthéniques d'avance.

Le traitement de l'uréthrite chronique est certainement le point le plus important de son histoire. Il faut d'abord traiter le rétrécissement s'il y en a un; je crois que tout le monde est d'accord là-dessus. Quant à l'écoulement, s'il persiste après la dilatation obtenue, on peut l'attaquer par des injections (méthode généralement insuffisante), ou par des instillations. Tout le monde connaît la méthode des instillations ingénieusement substituée par le professeur Guyon à la méthode un peu brutale de Lallemand. Sans contredit les instillations suffisent la plupart du temps; mais quand on a échoué par la dilatation, quand on a échoué par les instillations continuées avec persévérance, que faut-il faire? C'est alors que l'uréthroscope, permettant d'employer sur des points très limités une solution forte de nitrate d'argent $\left(\frac{1}{1} \text{ ou } \frac{1}{5}\right)$ ou bien une solution de chlorure de zinc, de permanganate de potasse, etc., procurera parfois la guérison. Lorsqu'on échoue, M. Horteloup pense qu'il faut conseiller au malade, s'il est riche, de...,

(1) Nous croyons avoir observé quelquefois des chaudepisses chroniques d'emblée, et ce n'étaient pas les moins rebelles; mais c'est là un sujet délicat, vu l'incertitude où nous sommes de la sincérité des malades.

voyager ; s'il est pauvre, de se promener, tout simplement, et de tâcher de se distraire. Dans ces cas désespérés, R. Harrison a pratiqué la boutonnière périnéale et dit avoir eu des succès. Enfin il y a un autre remède qui, pour certains sujets, peut être plus pénible que les précédents, mais que l'on ne doit pas hésiter à conseiller, *si la goutte paraît avoir perdu toute virulence*. Ce remède est bien simple : c'est le mariage.

A. Malherbe.

Le Choléra, ses causes, moyens de s'en préserver; par le Dr G. Daremberg. Paris, Rueff, éditeur.

L'auteur commence par retracer la marche des grandes épidémies de choléra à travers l'Orient et à travers l'Europe ; il retrace ensuite rapidement la morphologie du bacille-virgule, les inoculations de ce micro-organisme et de ses cultures amicrobiennes, et enfin les essais de vaccination. Suit un tableau rapide de la symptomatologie du choléra, avec un parallèle entre le choléra asiatique et le choléra nostras, et l'auteur arrive à l'étude la plus importante de son travail, l'étude des causes du choléra. Cette contagion peut être directe ou indirecte, directe par promiscuité ou par contact dans les familles, les hôpitaux, d'où nécessité de désinfection des fosses d'aisances, des linges de corps, des vases ayant servi aux malades. Indirecte, la contagion peut se faire, soit par l'air, soit par l'eau, mais toujours, et c'est la thèse que va soutenir longuement M. Daremberg, cette double contagion n'existe que par l'intermédiaire du sol. Par l'air sont entraînées les poussières enlevées à la surface de la terre, poussières qui contiennent les bacilles pathogènes. Ces bacilles se cultiveraient très facilement, d'après Frænkel, Giaxa, Schotellinos et Gruber, dans les couches superficielles de la terre, et, pour Hueppe, sa virulence serait augmentée par cet habitat qui le rendrait beaucoup plus actif que lorsqu'il sort de l'intestin humain. Ce dernier auteur en arrive même à dire qu'il est presque inoffensif à l'issue du corps de l'homme (?), et qu'il a besoin d'aller reprendre de la vigueur dans le sol pour recouvrer sa virulence. Adoptant pour le bacille du choléra la theorie de M. Duclaux pour les microbes aérobies, M. Daremberg admet que les bacilles-virgules ne pouvant plus vivre dans la profondeur d'un terrain chargé d'acide carbonique par suite de l'abondance des matières organiques, ces bacilles remontent à la surface du sol. Pour lui, de plus, ces micro-organismes ne seraient pas détruits par les saprophytes de la terre. Les légumes cultivés sur une terre ainsi infectée, et mangés crus, seraient une des grandes causes de propagation du choléra. Les recherches de MM. Cornil, Grancher, Chantemesse et Vidal vont absolument à l'encontre des affirmations de M. Daremberg.

M. Daremberg tire de ces prémisses les conclusions suivantes, au point de vue de l'hygiène : nécessité de ne déposer à la surface de la terre que des matières fécales désinfectées ou stérilisées, danger du transport de ces matières au moyen des égouts à la surface de la terre ; le *Tout à l'Egout* est une faute grave et un crime social.

Examinons les deux principaux reproches faits avec l'auteur au Tout à l'Egout : 1° L'eau d'égout infecte la terre où elle est déversée comme engrais pour la culture, parce qu'on en laisse couler une trop grande quantité sur un espace de terrain trop limité et que dès lors le sol est surchargé de matières organiques et de micro-organismes dans ses couches profondes ; ces micro-organismes reviennent à la surface, souillent l'air et l'eau. 2° Une grande partie de l'eau d'égout n'étant pas déversée à la surface de la terre est rejetée à la Seine, et empoisonne celle-ci dans laquelle un grand nombre de communes suburbaines puisent leur eau d'alimentation. Nous pensons que ces deux grands inconvénients seraient abolis, si la surface de terrain mise à la disposition de la ville de Paris était suffisante pour que toute l'eau d'égout fût utilisée pour l'épandage, sans exagérer la quantité d'eau déversée à la surface de la terre. Il y a là un cercle vicieux : la Seine est infectée et la terre est surchargée de micro-organismes (si l'hypothèse de M. Daremberg est prouvée), parce que l'épandage n'est pas assez étendu ; et l'épandage n'est pas assez étendu parce qu'on refuse de laisser la ville de Paris le pratiquer sur les terrains de Seine-et-Oise.

M. Daremberg demande la reprise de l'ancien système des *dépotoirs*. Mais dans le transport, le maniement et la putréfaction des matières fécales avant leur stérilisation, ne voit-on pas là une source d'infections nombreuses, sans compter l'horrible fétidité des émanations dont peut nous donner une idée l'odeur que répand dans Paris l'usine d'Aubervilliers, quelquefois jusqu'à l'église de la Trinité ?

Pour appuyer son hypothèse de l'infection du sol par les eaux d'égout, de la survivance et du réveil des micro-organismes au sein de la terre, l'auteur montre que l'épidémie de 1892 s'est surtout manifestée dans les communes suburbaines. Il n'y avait pas au début de choléra dans Paris ; ce n'est pas l'eau de Seine qui a charrié les bacilles, et ceux-ci n'ont pas été entraînés cette année même dans les endroits infectés. Ce sont les micro-organismes transportés en 1884 qui se sont réveillés subitement à la surface du sol et ont propagé l'épidémie. Il est assez curieux cependant de voir l'asile de Nanterre un des premiers atteints, alors qu'il n'est pas en contact avec les terrains d'épandage. D'autre part, il est fort intéressant de constater ce réveil microbien à distance, l'année même où le choléra apparaît dans l'Est de l'Europe ; certainement, les bacilles-virgules d'Astrakhan et ceux de Clichy avaient dû se donner le mot.

A la suite de cette étude, M. Daremberg examine d'une façon fort intéressante les moyens prophylactiques employés contre le choléra ; les quarantaines, dont il montre l'insuffisance, la désinfection de l'eau, des objets suspects ; et il termine ce livre par deux chapitres très complets sur les précautions générales à prendre contre la maladie et sur le traitement hygiénique et pharmaceutique du choléra. Ce livre, que nous avons lu avec grand intérêt, est surtout destiné à la vulgarisation ; nous le croyons très utile, tout en faisant une réserve à propos des idées absolument fausses qu'il peut introduire dans le public contre le *Tout à l'Egout* et l'*épuration naturelle*, c'est-à-dire par le sol, des eaux d'égout.

A. R.

Traité de Chirurgie (*Tome VIII*) ; par MM. Reclus, Michaux, Segond, Delbet, Kirmisson. — Masson, éditeur, Paris, 1892.

Le Tome VIII du *Traité de chirurgie* vient de paraître. C'est le dernier. Il est dû à la collaboration de MM. Reclus, Michaux, Segond, Delbet, Kirmisson.

M. Reclus — et c'était toute justice, en raison de ses publications antérieures — s'est réservé la description des affections des organes génitaux de l'homme. On retrouvera là les qualités bien connues de l'orateur disert de la Société de Chirurgie. Style clair et limpide, méthode parfaite ; descriptions non surchargées d'annotations prétentieuses et savantes. Toute cette partie est illustrée d'ailleurs de jolis dessins au pointillé dûs à un dessinateur, dont le talent original a frappé tous les éditeurs scientifiques.

M. Michaux n'a pas été dans le Traité de Chirurgie le mieux partagé et les régions qui lui sont échues sont le siège d'affections qui n'ont rien d'attrayant ni pour l'écrivain ni pour l'opérateur. Aussi a-t-il dû se borner à une longue et sèche énumération des maladies de la vulve et du vagin. Exposition très complète et très bien ordonnée. Il était, on l'avouera, malaisé de faire sur ce sujet quelque chose de bien neuf.

Les affections de l'utérus prêtaient beaucoup plus, et M. Delbet n'a peut-être pas su en tirer tout le parti possible. Certains chapitres sont intéressants ; mais combien d'autres méritaient d'être ramenés à un moule moins classique. Nous n'insisterons pas sur les pages réservées aux déviations utérines, n'ayant nullement l'intention, en analysant ce dernier volume du Traité de Chirurgie, d'accentuer encore les critiques formulées au cours de nos analyses des tomes précédents ; mais on nous permettra bien de rappeler qu'il est étonnant de constater le dédain avec lequel est traitée l'hystéropexie appliquée au prolapsus et même — ce qui est moins pardonnable — aux rétrodéviations. Que les lecteurs parcourent le passage où est exposée l'histoire de l'hystéropexie et des méthodes opératoires connexes (p. 523-524) et ils seront édifiés. Tout cela est mélangé de telle sorte qu'on a les plus grandes difficultés à s'y reconnaître. L'auteur, d'ailleurs, semble avoir un faible pour le raccourcissement des ligaments ronds ! Le Pr Trélat n'est plus, cependant.

Le chapitre de beaucoup le plus intéressant, le plus soigné,

KOLA MIDY
ELIXIR VINEUX
A BASE de KOLIUM «Extrait complet «de KOLA» «Procédé MIDY»

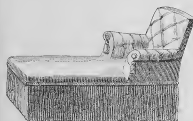
KOLA GRANULÉE MIDY SUCRE contenant son propre poids de KOLIUM
2 à 3 cuillerées à Café par jour

MÉDICAMENT D'ÉPARGNE — REGULATEUR DU CŒUR — ANTIDEPERDITEUR
CONVALESCENCES — INFLUENZA — SURMENAGE PHYSIQUE ET INTELLECTUEL — ANÉMIE
Pharmacie MIDY, 113 Faubourg Saint-Honoré PARIS

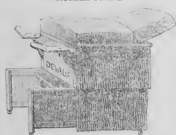
LE PARFAIT NOURRICIER
LE MEILLEUR des BIBERONS
LE SEUL QUI PUISSE SE NETTOYER COMPLÈTEMENT
Présenté à l'Académie de Médecine
immédiatement adopté dans les Hôpitaux et les Crèches
6 Cité Trévise PARIS

EAU RECONSTITUANTE et DIGESTIVE de
RENLAIGUE
(PUY-DE-DOME)
ANÉMIE-CHLOROSE-DYSPEPSIE

CHAISE LONGUE SPÉCULUM
Système DEVAUX, brevetée S. G. D. G.
MÉDAILLE D'OR
MORAND, fabricant dépositaire
44 et 46 boulevard Henri IV, PARIS
SPÉCIALITÉ D'INSTALLATIONS COMPLÈTES POUR DOCTEURS
COMMISSION — EXPORTATION
Envoi du Catalogue sur demande



MODÈLE FERMÉ



MODÈLE OUVERT

Ampoules Boissy A L'IODURE D'ÉTHYLE
Pour le *Traitement de l'Asthme*
Par la ***Méthode iodurée.*** — Guérison complète.
Pour Inhalations — *Une dose par Ampoule*
BREVETÉES S. G. D. G.
Ampoules Boissy AU NITRITE D'AMYLE
SOULAGEMENT IMMÉDIAT
Et Guérison des ANGINES de Poitrine
Syncopes, Mal de Mer, Migraine, Hystero-Epilepsie
4 fr. la Boîte. — 2, Place Vendôme, PARIS.

SOLUTION PELISSE
au *Benzoate de Soude du Benjoin*
RECOMMANDÉE DANS LES
Affections aiguës et chroniques de la
GORGE ET DES VOIES RESPIRATOIRES
DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigr.
Pharmacie PELISSE, *4 Rue de l'Ass-Honoré, PARIS*

Th. ROY, Pharmacien
ASNIÈRES
(Seine)
KOLA ROY
Donne la Force aux Débilités
2 A 4 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR AUX REPAS

EUCALYPTOL VOIRY
LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR
Récompenses obtenues par R. VOIRY, Pharmen de 1re classe, pour ses travaux sur l'Eucalyptol
Médaille d'OR, Société de pharmacie de Paris
Prix LAROZE, École supérieure de pharmacie de Paris
ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY
Adopté dans les HÔPITAUX DE LA MARINE ET DE L'ÉTAT
Médicament présentant à MM. les Médecins toutes garanties de Pureté
Prescrit toujours avec SUCCÈS DANS LE TRAITEMENT DES
AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES
Catarrhes Pulmonaires, Bronchites Chroniques, Tuberculose, etc
5 BOULd DE COURCELLES, PARIS ET TOUTES PHARMACIES

IODURES
DRAGÉES d'**IODURE** DE **FER** et MANNE
aussitôt dissoutes qu'arrivées dans l'estomac, elles ne constipent jamais
Dragées d'**IODURE** de **POTASSIUM** purifié
ne contenant ni iode à l'état libre ni iodates, elles ne dérangent jamais les fonctions digestives.
*Dragées d'***Iodure** de **Sodium**
à 20 centig. de sel pur et minutieusement dosé.
FOUCHER, D'ORLÉANS
20, Boulevard de Sébastopol, PARIS

QUINA * FER
Chlorose, Anémie
Vins Titrés d'Ossian Henry
Membre de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
Professeur à l'École de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

GOUTTE, GRAVELLE, RHUMATISMES
BENZO-LITHINE
Granulée
du Dr CHASSIN
Benzoate de Lithine et extrait d'Arenaria Rubra
LE FL. 5 FR. Rue des Tournelles, 2, Paris, et Pharmacies.

BALARUC-LES-BAINS
près CETTE (HÉRAULT).

Eau chlorurée sodique, magnésienne, bromurée cuivreuse et lithinée. — Purgative, 48°.

Ouverture de la Saison du 1er Mai

Guérison des maladies du cerveau et de la moelle; apoplexie, paralysie, ataxie locomotrice, *scrofules*, rhumatisme, faiblesse, engourdissement des membres, névroses, *maladies utérines*; goutte, gravelle; suite de blessures, fractures. — *Expédition des Eaux.* **Bains, douches, boues therm. recommandées**

POSTES ET TÉLÉGRAPHE DANS L'HOTEL
Omnibus à la Station de Balaruc-les-Bains

Antisepsie *Intestinale*
NAPHTOL GRANULÉ
FRAUDIN
PHARMACIEN DE 1re CLASSE
BOULOGNE-PARIS

PYRO-FER-GIRAUD
(Pyrophosphate de fer et podophyllin)
JAMAIS DE CONSTIPATION
LE FLAC 3 fr 50 { Dépôt Paris | Phie GIRAUD, 113, Rue d'Allemagne | MARCHAND, 13 r. Grenier-St Lazare.

VÉRITABLE SOLUTION D'ANTIPYRINE du Dr CLIN

« **L'Antipyrine peut être considérée scientifiquement comme le « médicament le plus puissant contre la douleur.** »
(Académie des Sciences, Séance du 18 avril 1887.)

La **Solution d'Antipyrine du Dr Clin** d'un dosage rigoureusement exact, contient :

1 gr. **Antipyrine** *pure par cuillerée à bouche ; 0,25 cent. par cuillerée à café.*

DOSE: de 1 à 3 cuillerées de **Solution d'Antipyrine Clin** par jour ; augmenter progressivement, s'il y a lieu, en tenant compte de la susceptibilité du malade.

Exiger la **Véritable Solution d'Antipyrine Clin** (par l'entremise des Pharmaciens.)

1164 VENTE EN GROS : MAISON CLIN & Cie, à PARIS

VIN de VIVIEN à L'EXTRAIT de FOIE de MORUE
Paris, 126, r. Lafayette. Echantillons gratuits et franco aux médecins.

Sans odeur ni saveur nauséabondes Goût très agréable *même pendant les Chaleurs.*
Contient 0 gr. 12 d'Extrait naturel par cuillerée.
Eminemment tonique.
Administration et digestion faciles, même aux enfants les plus délicats.

OCCASION EXCEPTIONNELLE

LA COLLECTION DES ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

Paraissant tous les deux mois sous la direction de J.-M. CHARCOT

Se compose aujourd'hui de 22 volumes in-8° carré (1880-1892) dont le prix est de 244 fr. — Pour permettre A NOS ABONNÉS et à *nos lecteurs* d'acquérir cette collection, qui contient les principaux travaux neurologiques publiés depuis 1880, nous avons réduit le prix à **120** francs.

Bureaux du PROGRÈS MÉDICAL.

TARIF DES ABONNEMENTS RÉUNIS

Du *PROGRÈS MÉDICAL* et des *ARCHIVES de NEUROLOGIE*

Paris et Département de la Seine	**35 fr.**	**au lieu de**	**40 fr.**
France	**37 fr.**	—	**49 fr.**
Etranger	**39 fr.**	—	**44 fr.**

ÉTRENNES A NOS ABONNÉS

LA BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE

SE COMPOSE ACTUELLEMENT DES OUVRAGES SUIVANTS :

I. LE SABBAT DES SORCIERS

Par BOURNEVILLE et TEINTURIER

Brochure in-8, de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été fait de cet ouvrage un tirage à 500 exemplaires numérotés à la presse ; 300 exemplaires sur papier blanc vélin, nos 1 à 300. —Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés : 2 fr. 50. — 50 exemplaires sur parchemin, nos 301 à 350 ; Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés : 3 fr. — 25 exemplaires sur Japon, nos 351 à 375 : Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés : 4 fr. (2e *édition*)

II. FRANÇOISE FONTAINE

PROCÈS-VERBAL FAIT POUR DÉLIVRER UNE FILLE POSSÉDÉE PAR LE MALIN ESPRIT A LOUVIERS. Publié d'après le manuscrit original et inédit de la Bibliothèque nationale. Précédé d'une introduction par B. de MORAY. Un vol. in-8° de CIV-99 pages. Papier vélin, prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés : 2 fr. 50.— Papier parchemin, prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50.— Papier Japon, prix : 6 fr.— Pour nos abonnés : 4 fr.

III. JEAN WIER

HISTOIRES, DISPUTES ET DISCOURS DES ILLUSIONS ET IMPOSTURES DES DIABLES, DES MAGICIENS INFAMES, SORCIÈRES ET EMPOISONNEURS, DES ENSORCELÉS ET DÉMONIAQUES ET DE LA GUÉRISON D'ICEUX, par JEAN WIER. Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 900 pages, et est orné du portrait de l'auteur gravé au burin. Prix : papier vélin, 15 fr. Pour nos abonnés : 12 fr. les deux volumes. — Papier parcheminé (nos 1 à 300), prix : 20 fr. Pour nos abonnés : 16 fr. les deux volumes. — Papier Japon des manufactures impériales (nos 1 à 150). — prix : 25 fr. Pour nos abonnés : 20 fr. les deux volumes. — N. B. Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux. Pour la France, le port est de 1 fr. Pour l'étranger, de 2 fr. 50.

IV. LA POSSESSION DE JEANNE FERY

RELIGIEUSE PROFESSE DU COUVENT DES SOEURS NOIRES DE LA VILLE DE MONS (1584). Un vol. in-8° de 122 pages, avec une préface du Dr BOURNEVILLE.— Papier vélin, prix : 3 fr. — Pour nos abonnés : 2 fr. — Papier parcheminé, prix : 4 fr. Pour nos abonnés : 3 fr.— Papier Japon, prix : 6 fr. Pour nos abonnés : 4 fr.

V. SŒUR JEANNE DES ANGES

SUPÉRIEURE DES URSULINES A LOUDUN, XVIIe siècle. Autobiographie d'une hystérique possédée, d'après le manuscrit inédit de la bibliothèque de Tours. Annotée et publiée par MM. les Drs G. LEGUÉ et G. DE LA TOURETTE. Préface de M. le professeur CHARCOT, membre de l'Institut.

Un beau volume in-8 de 330 pages. Papier vélin, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés : 4 fr. — Papier parcheminé, prix : 10 fr. — Pour nos abonnés : 8 fr. — Papier Japon, prix : 25 fr.— Pour nos abonnés : 20 fr.

VI. — PROCÈS CRIMINEL DE LA DERNIÈRE SORCIÈRE BRULÉE A GENÈVE, LE 6 AVRIL 1652, publié d'après des documents inédits et originaux conservés aux archives de Genève, par M. le Dr LADAME. Un volume in-8 de 60 pages, papier vélin, prix : 2 fr. 50.— Pour nos abonnés : 2 fr. (nos 1 à 50), papier Japon, prix : 5 fr.— Pour nos abonnés : 4 fr. (nos 51 à 100), papier parcheminé), prix : 3 fr. 50.— Pour nos abonnés : 2 fr. 50

Pour nos abonnés, la collection vélin	**15**	francs	au lieu de	**33**	francs.
— — parcheminé	**20**	—	—	**46 50.**	
— — japon	**30**	—	—	**71 50.**	

Tous ces exemplaires sont neufs et garantis en très bon état.

PRIMES A NOS ABONNÉS

A titre de primes, et jusqu'à fin mars 1893 seulement, nos abonnés pourront nous demander les ouvrages suivants qui leur seront vendus avec 60 0/0 de remise et expédiés franco de port à domicile.

AVEZOU (J.-C.) **De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales. Etude clinique avec quelques considérations sur la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts.** Un vol. in-8 de 144 pages.—Prix : 3 fr. 50. — Réduit à. . . . 1 fr. 50

BLANCHARD (R.) **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote**, par la méthode de M. le professeur Paul BERT. Volume in-8° de 101 pages avec 3 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — Réduit à. . 1 fr. 20

BLONDEAU (A.). **Etude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.** — Un vol. in-8 de 72 pages. — Prix : 2 fr — Réduit à . . . . 80 c.

BOYER (H. Cl. DE) **Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux.** Volume in-8 de 290 pages, avec 104 fig. intercalées dans le texte et une planche. Paris, 1879. — Prix : 6 fr. Réduit à . . . . 2 fr. 40

BRISSAUD (E.) **Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques.** Volume in-8 de 210 pages avec 42 figures dans le texte — Prix : 5 fr. — Réduit à 2 fr.

BUDIN (P.). **De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.** Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec nombreux tableaux, 10 figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromolithographie. — Prix : 10 fr. — Réduit à 4 fr.

DURET (H.) **Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux.** Un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromolithographie et lithographie, et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris 1878. — Prix : 15 fr. — Réduit à . . . . 6 fr.

FÉRÉ (Ch.) **Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la Vision par lésions cérébrales.** Amblyopie croisée et Hémianopsie. Un vol. in-8° de 241 pages. Paris, 1882.—Prix : 3 fr. 50.— Réduit à 1 fr. 40.

FÉRÉ (Ch.). **Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie** (De l'amblyopie croisée et de l'hémianopsie d'origine cérébrale). Brochure in-8° de 54 pages avec fig. dans le texte. Paris 1882. — Prix : 2 fr — Réduit à. . . . . 80 c.

HAYEM (G.). **Leçons clinques sur les manifesaions cardiaques de la fièvre typhoïde**, recueillies par BOUDET DE PARIS. In-8 de 88 pages avec 5 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Réduit à . . . . 1 fr.

JOSIAS (A.). **De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées.** Vol. in-8 de 65 pages avec trois courbes de température. — Prix : 2 fr.— Réduit à . . . . 80 c.

LELOIR (H.). **Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse.** 1 volume in-8 de 2.0 pages, avec 4 planches en chromolithographie et plusieurs figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 fr. — Réduit à . . . . . 2 fr.

LONGUET (F.-E.-M.). **De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes.** Vol. in-8 de 124 pages. — Prix : 4 fr. — Réduit à . . . . 1 fr. 60.

MIOT (C.). **De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan.** In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Réduit à. . . . . 1 fr. 50.

MIOT (C.). **De la Ténotomie du muscle tenseur du tympan.** Volume in-8 de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris 1878. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à. . . . . 60 c.

PATHAULT (L.). **Des propriétés physiologiques du Bromure de Camphre et de ses usages thérapeutiques.** Brochure in-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à . . . . 60 c.

RANVIER (L.). **Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire**, recueillies par J. RENAUT. Un fort vol. orné de 99 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr. — Réduit à . . . . 4 fr. 80.

RAYMOND. **De la puerpéralité.** Volume in-8 de 258 pages. Paris, 1880. — Prix : 5 fr. — Réduit à . . . . 2 fr.

le plus pratique, le plus vécu, — qu'on nous pardonne cette expression — est celui qu'a écrit notre maître, M. Segond, sur les affections des annexes (ovaires, trompes, ligaments larges, péritoine pelvien). Toute la partie théorique est un résumé fidèle et très au courant des grands manuels classiques; et tout ce qui a trait à la thérapeutique dénote le clinicien voué depuis plusieurs années à l'étude spéciale des affections génitales et surtout des suppurations pelviennes. La discussion sur la supériorité de l'hystérectomie vaginale sur la laparotomie est menée avec le brio que l'on sait, discussion dont un des derniers échos retentissait encore, il y a quelques mois à peine, au Congrès de Bruxelles! On retrouvera dans cette rédaction, forcément très condensée, tous les arguments mis en relief, à la Société de Chirurgie, en faveur de la castration totale, Nous terminons là des éloges que chacun de nous a déjà adressés à l'auteur de ce bel article.

Le reste du volume est consacré aux affections des membres et dû à la plume de M. Kirmisson. Son intérêt n'est pas moindre, quoiqu'il ne s'agisse là que de chirurgie journalière.

Il est donc terminé, ce fameux Traité! Personne n'a failli à sa tâche. Il faut en féliciter ceux qui ont conçu cet ouvrage et ceux qui l'ont exécuté. Malgré ses défauts, il demeure une œuvre qui fait grand honneur à la chirurgie française.

Marcel BAUDOUIN.

Diagnostic et traitement de l'Uréthrite blennorrhagique; par le Dr J. JANET (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, avril et juin 1892).

Le diagnostic de la blennorrhagie, pour être complet, doit comporter la solution de plusieurs questions que l'auteur étudie soigneusement et que nous ne pouvons ici que résumer. Il faut savoir au point de vue de l'acuité si on a affaire à une uréthrite aiguë, subaiguë, chronique, latente, en voie de guérison ou guérie. Au point de vue de la composition anatomique de ses sécrétions si elle est purulente, muco-épithélio-purulente, muco-épithéliale, muqueuse, compliquée de prostatorrhée, de spermatorrhée, d'azo-spermatorrhée. Au point de vue de son extension en surface si elle est antérieure ou postérieure. Au point de vue de son extension en profondeur si elle est superficielle ou muqueuse, profonde ou sous-muqueuse. Au point de vue de ses éléments microbiens si elle est à gonocoques, à microbes divers autres que les gonocoques, sans microbes. Il faut encore chercher si la blennorrhagie est simple ou compliquée, si elle est ancienne ou récente. Par l'étude bactériologique des écoulements à différentes époques l'auteur divise la chaudepisse en périodes : primitive ou à gonocoques, une période secondaire à microbes divers, une période aseptique; à cette dernière s'ajoute souvent une période d'infections secondaires. Après avoir indiqué le moyen de résoudre ces diverses questions, l'auteur se pose une nouvelle question, celle de savoir si une blennorrhagie est guérie. Pour être déclaré tel, le malade doit : 1° Ne plus présenter de gonocoques, même après la réaction au nitrate d'argent; 2° Ne plus présenter de leucocytes dans ses filaments; 3° Ne présenter aucune complication génitale; 4° Être exempt de tout rétrécissement.

Après cette étude clinique, M. Janet étudie la technique du traitement de la blennorrhagie aiguë ou chronique; puis il indique le traitement de la chaudepisse qui, d'après lui ne doit plus se faire suivant l'acuité ou la chronicité de la maladie, mais suivant la période bactériologique de l'affection.

La phase gonococcique est justiciable du permanganate de potasse, mais la manière de l'administrer est différente suivant qu'on essaie le traitement abortif ou non. La phase aseptique doit être traitée par le nitrate d'argent, en grands lavages si l'urine est trouble, en instillations s'il n'y a que des filaments, et enfin, si ces deux cas ne se présentent pas, cette phase est traitée par la dilatation. Pour éviter la phase des infections secondaires primitives ou tardives il faut prendre quelques précautions; de plus, cette période est justiciable des lavages au sublimé. Nous ne voulons ici qu'indiquer sommairement le travail de M. Janet, croyant être utile à ceux de nos lecteurs assez nombreux, sans doute, qui ont l'occasion de soigner des chaudepisses; nous les renvoyons à l'original où ils trouveront, très soigneusement et très clairement exposées les données du diagnostic et la technique assez délicate de la thérapeutique uréthrale. R. SOREL.

Précis de diagnostic chirurgical; par A.-F. PLICQUE.—Steinheil, éditeur, Paris, 1892.

Petit volume à l'usage des étudiants, rédigé par un véritable travailleur et un modeste. Nous n'aurions jamais osé entreprendre une tâche semblable; mais l'auteur a su vaincre les réelles difficultés d'une rédaction qui forcément devait être écourtée, tout en étant aussi parfaite que possible. Certes toute la chirurgie n'est pas dans ce manuel, même la chirurgie pratique, nous voulons dire la clinique chirurgicale; mais le principal s'y trouve et c'est ce dont le débutant a un besoin pressant.

Je ne sais si M. Plicque a eu une idée heureuse en ajoutant à la fin de chaque chapitre l'indication des pièces et des moulages de certain musée de Paris, qui peuvent servir à l'élève pour se rendre compte de l'aspect présenté par une affection donnée. Ce que je puis dire, c'est que je n'aurais pas procédé de la sorte. C'est de l'espace perdu, car certainement l'étudiant ne fera pas avec son manuel, dans le but de voir ces pièces, une excursion au musée de Saint-Louis! Et d'ailleurs il n'y a pas à Paris que le musée Péan, cité un peu trop aux dépens des autres! Quant aux quelques indications bibliographiques éparses dans ce volume, elles me semblent perdues, dans un milieu qui n'est pas le leur : elles ont l'air de savants égarés dans un salon littéraire...

Mon ami me permettra d'être franc : L'ère du manuel me paraît un peu passée. Cela n'empêche pas l'auteur d'avoir consacré à celui-ci de longues veilles et de patientes recherches. Aussi serai-je très heureux si l'éditeur, chiffres en main, venait me prouver bientôt que les étudiants apprécient, comme il le mérite, ce nouveau précis de diagnostic chirurgical, écrit pour eux. Marcel BAUDOUIN.

Etude expérimentale de la révulsion; par BESSON. — Paris, Baillière, 1892.

La physiologie reprend peu à peu les théories empiriques de l'ancienne médecine et les soumet au contrôle de l'expérimentation. Nous garderons sans doute ainsi un certain nombre d'acquisitions auxquelles il ne manquait que d'être mises en séries déterminées et interprétées. L'étude physiologique et chimique la plus complète possible des sujets en expérience a permis à M. Besson de constater aux révulsifs une double action directe, par dérivation et action de voisinage; réflexe, par ses effets sur le système nerveux central.

L'excitation cutanée intense abaisse la pression artérielle et élève la pression veineuse. Elle élève la température locale du point révulsé et abaisse la température centrale. Les échanges respiratoires sont augmentés. Les excitations lentes et permanentes, telles que celle du séton et de la teinture d'iode n'ont qu'une action beaucoup plus faible. L'auteur se déclare adversaire résolu du vésicatoire. En somme, depuis le travail de Maurice Raynaud jusqu'à nos jours, il s'était accumulé sur cette question de la révulsion une quantité considérable de documents que M. Besson a su utiliser et classer, et qu'il a interprétés en se servant de la compétence spéciale que lui donnaient des expériences nombreuses et soignées.

A. PILLIET.

Le monde physique. Essai de conception expérimentale; par le Dr Julien Pioger. — Paris, Alcan, 1892.

Ce livre fait partie de la bibliothèque de philosophie contemporaine éditée avec tant de zèle par M. Alcan. Il sort un peu de notre programme; les idées médicales n'y tiennent point de place. Bien que l'auteur se défende vigoureusement d'avoir fait de la métaphysique, son ouvrage est surtout une conception du monde [illegible] des astres aux atomes et basée sur deux idées, l'équilibration de toutes les parties de la matière et leur [illegible]. C'est dans ce solidarisme universel que M. Pioger cherche la raison d'être du monde et c'est sur son étude qu'il voudrait voir fonder une méthode nouvelle, scientifique d'investigation philosophique. Le livre est curieux et représente une [illegible] de travail, il intéressera tous ceux qui se préoccupent à l'heure actuelle des rapports de la philosophie avec la science. A. P.

VARIA

Le Décennaire de l'Hôpital Bichat.

(1882-1892).

Le samedi, 24 décembre dernier, a eu lieu, chez Lathuille, avenue de Clichy, le dîner offert à ses assistants et internes par M. le Dr Terrier, chirurgien de l'Hôpital Bichat, pour fêter le décennaire de la création de cet hôpital.

A ce dîner assistait — le fait mérite d'être signalé — les deux surveillantes du service, Mlle Marie Miguet et Me Nivromont, les collaboratrices si intelligentes et si dévouées de M. Terrier depuis dix ans. Au champagne, notre cher maître, après avoir rappelé les vides que la mort a déjà marqués dans les rangs de ses élèves, a fait ressortir les mérites de ses deux surveillantes et les a associées aux succès qu'il a obtenus, aux améliorations qu'il a pu réaliser à Bichat. Puis, M. Richelot, au nom des assistants, et M. Hartmann, au nom des anciens internes de M. Terrier, ont prononcé quelques mots de remerciements.

En souvenir de cette soirée, encore sans précédent, le chirurgien de Bichat a offert un bronze à chacune de ses deux surveillantes.

Le rédacteur en chef de ce journal est heureux d'avoir à enregistrer cette marque de sympathie à l'adresse de deux modestes, mais excellentes, fonctionnaires de l'Assistance publique.

Responsabilité des Directeurs de Maisons de santé.

Depuis quelques années déjà, la maison de santé de Castel-d'Audorte, au Bouscat, près Bordeaux, donnait asile à un aliéné furieux, M. X... Le malheureux était tellement dangereux qu'il portait continuellement la camisole de force; mais enfin, sur les instances de sa famille, il fut placé, la nuit, et décamisolé, dans une cellule spéciale que gardait un nommé Trottier, gaillard vigoureux âgé de trente-sept ans. Trottier couchait dans le couloir sur un lit de sangle. Or, dans la nuit du 31 octobre au 1er novembre, X..., sortit de sa prison, passa à côté de son gardien sans le réveiller et se rendit tout droit au bûcher, où il s'arma d'une hachette. Cela fait, il revint près de Trottier et lui mit littéralement la tête en bouillie. Le malheureux mourut sans avoir le temps de se réveiller. Ce meurtre accompli, X... alla frapper à la porte du gardien Brun et l'appela en contrefaisant sa voix. Brun, heureusement, le reconnut et, ouvrant brusquement sa porte, réussit à le terrasser, puis à le désarmer avec l'aide d'autres gardiens accourus à son appel. Le gardien Trottier était veuf, mais il avait un fils, aujourd'hui âgé de onze ans, et c'est au nom de ce fils que son grand-père, négociant à la Réole, actionna le docteur D..., directeur de l'asile, en payement d'une somme de 20,000 fr. de dommages-intérêts et d'une rente annuelle viagère de 1,000 fr. au profit du jeune Trottier. Le docteur D..., de son côté, appela en garantie le docteur R..., médecin de son établissement, qui, prétendait-il, n'aurait pas dû céder aux instances de la famille et décamisoler X... Mais le docteur R... répliqua qu'il ne saurait être rendu responsable, attendu que pendant qu'il était en congé régulier et remplacé par le docteur D... en personne, celui-ci n'a rien changé aux mesures prises, qu'il avait, par suite, implicitement approuvées. Le tribunal a condamné le docteur D..., directeur de l'asile, à payer au mineur Trottier la somme principale de 3,000 francs, plus une rente annuelle de 400 francs, constituée en un titre de rente française, payable jusqu'à la majorité du dit mineur Trottier. Le docteur R... a été mis hors de cause.

L'Hygiène dans les écoles primaires.

L'arrêté visant les conditions d'hygiène dans les écoles primaires et accepté par le Conseil supérieur de l'Instruction publique est ainsi conçu :

Le Comité départemental d'hygiène sera toujours consulté par l'inspecteur d'Académie sur les conditions d'installation et sur l'état de salubrité des locaux affectés aux écoles primaires privées dont l'ouverture est demandée. En cas d'épidémie, le préfet, sur la proposition de l'inspecteur d'Académie, après avis du maire et du Comité départemental d'hygiène, détermine les mesures sanitaires à prendre dans les écoles primaires publiques et privées et prononce, s'il y a lieu, la fermeture temporaire. Des récompenses consistant en médailles de vermeil, d'argent et de bronze sont attribuées aux instituteurs et institutrices publiques qui ont réuni les statistiques les plus complètes sur les opérations vaccinales, et qui ont fait le plus d'efforts pour propager la vaccination et la revaccination.

Les Enfants assistés au Conseil municipal de Paris.

M. Paul Strauss a présenté, au nom de la commission de l'Assistance publique, son rapport sur le service des enfants assistés. Le rapporteur a fait l'exposé succinct des améliorations qui seront la conséquence de l'adoption des conclusions de son rapport. La première a trait aux *secours pour prévenir les abandons*. Une somme de 100,000 francs sera détachée du crédit départemental pour être mise à la disposition des bureaux de bienfaisance des vingt arrondissements de Paris. Toutes les femmes, quel que soit leur état social, qui ne seront point délaissées par le chef de famille et qui cependant demandent l'assistance, seront secourues par ces vingt bureaux. Les autres seront secourues par le bureau de l'Assistance publique. Les ménages irréguliers, dans les communes suburbaines, seront secourus par le 3e bureau du service des enfants assistés. Une commission nommée par le Conseil général surveillera l'emploi de ces crédits. Elle revisera les refus de secours, lorsqu'à son avis ils se produiront injustement. D'autre part, la durée du secours d'*allaitement*, qui actuellement est de douze mois, sera portée à dix-huit mois, le plus grand nombre des abandons ayant lieu d'un an à trois ans. Plus tard on fera mieux encore, en rattachant les secours préventifs d'abandon à l'œuvre des dispensaires et des crèches. La population de l'hospice dépositaire était au commencement du mois de 487 enfants. La station suburbaine de Chatillon, qui va être inaugurée incessamment, contribuera à améliorer sensiblement le service, notamment en ce qui concerne la mortalité. Enfin, M. Paul Strauss signale deux autres importantes réformes que comporte son rapport : l'une a trait au *remaniement des agences* qui sont en nombre insuffisant et dont quelques-unes sont très chargées d'enfants; l'autre a trait à la *réorganisation du personnel de ces agences*. Les secours préventifs d'abandon ont été répartis en 1891 entre 11,639 enfants, 7 069 secours d'allaitement ont été alloués et le nombre des abandons a été de 4,506. Le nombre des pupilles de l'administration au 31 décembre 1891 était de 31,553.

Après quelques mots de M. le directeur de l'Assistance publique et de M. Deschamps sur l'ensemble du service et sur les mesures à prendre pour diminuer la mortalité dans les agences, le Conseil a repoussé les amendements budgétaires présentés par M. S. Leven et adopté les conclusions du rapport de M. Paul Strauss. Les dépenses budgétaires pour 1893, telles qu'elles sont proposées par le rapporteur pour les enfants assistés, sont également adoptées, ainsi qu'un vœu tendant à ce que Parlement adopte à bref délai les projets de loi proposés par le conseil supérieur sur les enfants assistés et sur l'assistance maternelle.

Statistique médicale du Palais.

M. le Dr Floquet, le sympathique médecin du Palais, vient de dresser, comme chaque année, la statistique médicale du Palais. Voici le détail des cas médicaux et chirurgicaux traités par lui, au Palais, en 1892.

Cas médicaux.

9 Affections cardiaques (Endocardite, Hypertrophie du cœur, Asystolie, Palpitations nerveuses, Angine de poitrine, etc.). — 51 Syncopes, Vertiges. — 6 Hémorrhagies diverses. — 22 Affections des voies respiratoires (Laryngite aiguë et chronique, Spasme de la glotte, Asthme, Bronchite aiguë et chronique, Grippe. Emphysème pulmonaire, etc.). — 31 Affections des voies digestives (Embarras gastrique, Gastralgies, Crampes d'estomac, Affections intestinales). — 2 Affections de l'appareil d'innervation (Congestion cérébrale, Insolations). — 34 Epilepsies. — 51 Hystéries. — 12 Névralgies diverses. — 4 Alcoolismes. — 2 Affections mentales. — Total 224.

Cas chirurgicaux.

29 Contusions. — 2 Entorses. — 1 Luxation de l'épaule. — 1 Fracture du doigt. — 2 Tentatives de suicide. — 15 Plaies et accidents divers. — Total 50.

224 Cas médicaux. — 50 Cas chirurgicaux. — Total 274.

Académie de Médecine.

Prix de l'Académie de médecine.

Service de l'hygiène de l'enfance.

M. le ministre de l'intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. L'Académie accorde aux mémoires ou aux travaux, en dehors de la question de prix, les récompenses suivantes :

Rappel de médaille d'or. — M. le Dr Ledé (de Paris), secrétaire rédacteur du Comité supérieur de la protection de l'enfance.

Médailles de vermeil. — MM. Gautrelet, pharmacien de 1re classe ; Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure; M. le Dr Maurice Springer (de Paris) ; M. Thiébault, inspecteur départemental de la Meuse.

Rappels de médailles de vermeil. — M. Jenot, médecin de Dercy (Aisne); M. le Dr Picard, de Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher).

Médailles d'argent. — M. Audouin, inspecteur départemental de la Dordogne; M. le Dr Barthès, de Caen (Calvados); MM. Burlet, inspecteur du service des enfants assistés de la Drôme; Carlier, inspecteur départemental du Pas-de-Calais; MM. les Drs Courrent, inspecteur et médecin cantonal de la circonscription de Tuchan (Aude); H. Drouet (de Paris); Durand (de Saint-Martin (Cher); Gaudeffroy, de Vatan (Indre); Golay (de Genève); Napias (de Paris). MM. Parisot, inspecteur départemental du Doubs; Serrès, inspecteur départemental du Rhône; M. le Dr Sivebled, de Corbeil (Seine-et-Oise).

Rappels de médaille d'argent. — MM. les Drs Delobel, de Noyon (Oise); Denizet de Château-Landon (Seine-et-Marne); Driard, de Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne); Carassus, de Milly (Seine-et-Oise); Coffignon de Marle (Aisne); M. Fonné, inspecteur départemental de la Corrèze; MM. les Drs Gierszynski, d'Ouareville (Eure-et-Loir); Grosjean, de Montmirail (Marne); Picard de Lagny (Seine-et-Marne); MM. Rollet, inspecteur départemental de l'Ain; Savouré-Bonville, inspecteur départemental de l'Eure; Sourd, inspecteur départemental de la Nièvre.

Médailles de bronze. — MM. les Drs Espagne, de Montpellier (Hérault); Foucault, de Fontainebleau (Seine-et-Marne); Guyot, de Calais (Pas-de-Calais); M. Martin-Dupont, inspecteur départemental de l'Isère; M. le docteur Prompt, de Bourg d'Oisans (Isère); M. Rome, sous-inspecteur départemental du Loiret; MM. les Drs Simonneaux, de Monfort (Ille-et-Vilaine); Spiridion-Zavitziano, de Constantinople; Trotignon, à Issoudun (Indre).

Service de la Vaccine.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'intérieur a bien voulu accorder :

Un prix de 1.500 francs à partager également entre : MM. les Drs Choux, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes (Seine); Liron, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Fort-National (Algérie); Stœbel, médecin-major de 2e classe au 137e régiment d'infanterie, à Fontenay-le-Comte (Vendée).

Rappel du prix de 500 francs. — M. le Dr Antony, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Quatre médailles d'or. — MM. les Drs Berthoud (A.), médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire du Dey, à Alger; Descosse (Paul), médecin-major de 2e classe; Ebstein (F.), médecin-major de 1re classe au 67e régiment d'infanterie, à Soissons (Aisne); Huguenard, médecin-major de 1re classe au 161e régiment d'infanterie, au Camp de Châlons (Marne).

Cent médailles d'argent. — M. Albanel (Saillans); Mmes Astier (M.-Louise), (Sisteron); Aubry (Mélanie), (Pierrefitte); Aussourd (Vierzon-Ville); MM. Bardy (Belfort); Bérard (Adrien), (Angoulême); Bergeron (L.), (Lyon); Bergerat (Neuilly-le-Réal); Binet (Vence); Blanc (Roger), (Biskra); Blayac (E.), (Paris); Mmes Bories (Louise), (Mazamet); MM. Bornèque (Thaon-des-Vosges); Boudon, (La Canourgue); Bourneville (Bicêtre); Bouzol (Cheylard); Mmes Brunet (Bourges); Veuve Burellier, (Roanne); Butterlin (Joseph), (Beaune-les-Dames); Camus (Fernand), (Rennes); Cassedebat (Oran); Cavaillon (Carpentras); Chapoy (Charles-Léon-Henry), (Besançon); Chonnaux Dubisson (T.), (Villers-Bocage); Claudo (Nice); Darbouet (Ernest), (Limoges); Mme Debord (Bourges); M. Delobel (Noyon); Mme Delpy (Marion), (Suc); MM. Dengler (Mareville), De Valicourt (Philippeville); De Welling (Rouen); Dezautière (La-Machine); Drouhet (Melle); Dumée (Nemours); Duvernet (Paris); Fallan (J.), (Roquevaire); Fichot (Jonzac); Fouilloux (Saint-Bonnet-le-Château); Mme Gaucher (Vierzon-Ville); M. Gidon (Cunlhat); Mme Gobert (Montmédy); Mlle Hanicot (Paris); MM. Hellet (Clichy); Hermann (Aloyse-Ernest-Bernard-Marie), (Pierrefontaine-les-Varans); Hervéon (G.), (Saint-Quentin); Jaquin (G.), (Biskra); Mme Jauze (Marguerite-Virginie), (Tarascon); Jenot (Ed.), (Dercy); Lacombe (Saint-Privat); Mme Lafitte (Clotilde), (Salies-de-Béarn); M. Lalagade (Paul), (Albi); Launay (Le Havre); Laurent (Versailles); Mme Laurent (dame Martin), (Bar-le-Duc); Mmes Le Bloaz (Postrenen); Lecorre (Antony); MM. Lombard (L'Isle); Longuet (Paris); Laurin (Maurice), (Versailles); Mme veuve Louis (Ploëmeur); M. Malbrancq (Wingles); Mme Malmezac (Aurillac); MM. Mantel, père (Saint-Omer); Marsin (Aubenas); Martin (Frendah); Massina (Au Boulou); Maze (Le Havre); Ménard (Feurs); Michaux (Aubervilliers); Manel (Bruyères); Mme Morin (Joséphine-Elisabeth), (Verdun); Mouflier (Henri), (Saint-Amand-sur-Fion); Nodet (Chambon); Varisot (Juste-Eugène), (Le Thillot); Parisot (Louis), (Le Thillot); Pasteau (Paris XIe arrondissement); Vernet (Rambervilliers); Philip (Grasse); Piedpremier (F.), (Bel-Abbès); Plaussu (Le Touvet); Poincarré (Nancy); Poulet (Plancher-Bas); Pourquier (Montpellier); Rebillard (Héricourt); Roche Saint-Symphorien); Mme Rouffiac (Rosalie), (Aumont); MM. Rousselot (Saint-Dié); Schmit (Adrien), (Versailles); Séraphini (Vico); Subert (Nevers); Mlle Templer (Vannes); MM. Thelliez (Hénin-Liétard); Torreille (Vence); Trotabas (Garéoult); Uzols (Aurillac); Vaillaron (Firminy); Mme Vanwedinghen (Paris); M. Védel (Lunel); Mme Weissier (Rachel), (Chambon).

Service des Eaux minérales.

1° *Médailles d'or.* — M. le Dr Danjoy, médecin à la Bourboule (Puy-de-Dôme), pour son ouvrage intitulé : *La cure du diabète à la Bourboule*; M. le Dr Paul Vittel, pour son travail : *La bactériologie des eaux de table et eaux minérales.* — 2° *Rappels de médailles d'or* : M. le Dr Caulet, de Saint-Sauveur : *Nouvelle contribution à l'étude du traitement thermal pendant la grossesse*; M. le Dr Grimaud, de Barèges : *Mémoires sur les eaux de Barèges dans les affections du système nerveux.* — 3° *Médailles d'argent* : M. le Dr de Bosia, pour son ouvrage sur : *l'Arthritisme aux eaux thermales de Bourbon-Lancy*; M. le Dr Ferras, pour ses 5 mémoires : *Exposé des ressources thérapeutiques des thermes de Luchon, etc., etc.*; M. le Dr Laussedat pour ses remarques sur *l'Action des bains de Royat dans quelques troubles ou affections cardiaques.* — 4° *Rappels de médailles d'argent* : M. le Dr Chiais : *Traitement de la goutte par les eaux d'Evian*; M. le Dr Frémont : *Dyspepsie, ses modifications par la cure de Vichy*; M. le Dr Lavielle : *les stations de boues minérales d'Europe*; M. le Dr Planche : *Mémoire sur les eaux minérales de Bataruc.* — 5° *Médailles de bronze* : M. le Dr Bertin : *Rapport sur la question des eaux de la ville de Nantes*; M. Martel, avocat à Paris : *Note sur une contamination toute spéciale des sources dans les terrains calcaires*; M. Meissonnier, pharmacien-major de 1re classe : *Les eaux potables consommées par les garnisons des places fortes et forts de la trouée de Belfort*; M. F. Parmentier : *Contribution à l'étude des eaux minérales, conservation de ces eaux*; M. Roman, pharmacien de 1re classe, et M. Colin, pharmacien-major de 2e classe : *Bactériologie des eaux minérales de Vichy.*

Service des Épidémies.

Médailles d'or : M. le Dr Carlier, médecin-major de 1re classe au 74e de ligne; M. le Dr Le Roy des Barres, de Saint-Denis; M. le Dr Sicard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers. — *Rappels de médailles d'or* : M. le Dr Alison, de Baccarat; M. le Dr Aubert, médecin-major de 1re classe au 23e de ligne; M. le Dr Chabenat, de la Châtre; M. le Dr Ficssinger, d'Oyonnax (Ain); M. le Dr Jablonski, de Poitiers; M. le Dr Lardier, de Rambervilliers (Vosges); M. le Dr Marvaud, médecin principal de 1re classe à Lyon. — *Médailles d'argent* : M. le Dr Camus, médecin-major de 1re classe au 41e de ligne à Briançon; M. le Dr Cavaillon, de Carpentras; M. le Dr Fouquet, de Vannes; M. le Dr Jaubert, médecin-major de 2e classe; M. le Dr Marix, médecin-major de 2e classe au 103e de ligne à Mamers; M. le Dr Segour, médecin-major de 2e classe au 15e de ligne à Carcassonne; M. le Dr Tuefferd, de Montbéliard. — *Rappels de médailles d'argent* : M. le Dr André, de Toulouse; M. le Dr Blanquinque, de Laon; M. le Dr Bompaire, de Millau; M. le Dr Courrent, de Tuchan (Aude); M. le Dr Duvernet (de Paris); M. le Dr Fleury, de Saint-Etienne; M. le Dr Kelsch, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce; M. le Dr Pauthier, de Senlis; M. le Dr Schmit, médecin-major de 1re classe.

Médailles de bronze. — M. le Dr Achintre, médecin-major au 11e régiment de cuirassiers; M. le Dr Antony, médecin-major, agrégé au Val-de-Grâce; MM. les Drs Bauzon et Bertrand, de Châlons-sur-Saône; M. le Dr Calmette, médecin-major de première classe au 118e de ligne, à Quimper; M. le Dr Clavelin, médecin-major de 2e classe, au 60e de ligne, à Besançon; M. Edgard Combes, sous-préfet de Castelnaudary (Aude); M. le Dr David, pharmacien-major de 1re classe; M. le Dr Delmas, médecin principal de 2e classe; M. le Dr Demmler, médecin principal de deuxième classe; M. le Dr Dettori, de Vezzan (Corse); M. le Dr Famechon, médecin-major de 2e classe; M. le Dr Fournié, médecin-major de 1re classe; M. le Dr Caudeffroy, de Vatan (Indre); M. le Dr Géraud, médecin-major de 1re classe; M. le Dr Gorez, de Lille; M. Jenot, médecin, à Dercy (Aisne); M. Lacour-Eymard, pharmacien-major de 1re classe; M. le Dr Legrain, de la colonie de Vaucluse (Seine-et-Oise); M. le Dr Loison, médecin-major de 2e classe; M. le Dr Simonin, médecin-aide-major de 1re classe; M. Lop, interne à l'hôpital Rotschild, à Paris; M. le Dr Malingre, de Chaumont (Haute-Marne); M. le Dr Malichecq, de Mont-de-Marsan; M. le Dr Mathieu, de Vassy (Haute-Marne); M. le Dr Ollivier, de Reims (Marne); M. le

Dr Pernet, de Rambervilliers (Vosges) ; M. le Dr Peyret, médecin-major de 2e classe ; M. le Dr Piedpremier, médecin-aide-major de 1re classe ; M. le Dr Santi, médecin-major de 2e classe ; M. le Dr Touyon, de Pont-Audemer (Eure). — *Rappels de médailles de bronze*: M. le Dr Chonnaux-Dubisson, de Villers-Bocage (Calvados) ; M. le Dr Guibert, de Saint-Brieuc ; M. le Dr Larue, médecin-major de 2e classe, au 106e de ligne ; M. le Dr Rayer, des Andelys (Eure).

Nominations et promotions dans la Légion d'Honneur.

Sont promus dans l'Ordre national de la Légion d'Honneur : *au grade de Chevalier* : M. Lefort (Henri-François), inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'Intérieur. En fonctions depuis 1885. Ancien publiciste. Ancien préfet. Ancien inspecteur des Enfants assistés. 23 ans de service. — M. le Dr Dreyfus-Brissac, médecin de l'hôpital Tenon, à Paris. 13 ans de service. Titres exceptionnels. Médecin du Bureau central en 1880. Médecin des Hôpitaux en 1884. Membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Auteur de nombreux mémoires sur l'organisation de l'Assistance médicale gratuite. — M. Portes (Ludovic-François-Marie-Octave), pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, 19 ans de service. Titres exceptionnels. Pharmacien des Hôpitaux depuis le 14 février 1874. Nombreuses recherches scientifiques. — M. le Dr Reulos, maire de Villejuif (Seine). Médecin de l'état civil, du Bureau et de la Société de bienfaisance de Villejuif depuis 15 ans. Membre de la Commission cantonale des enfants mineurs employés dans l'industrie et de la Commission des enfants du premier âge depuis 1875. Conseiller d'arrondissement en 1880. Maire de Villejuif du 6 janvier 1881. 23 ans de services. — M. Ruel (Xavier-François), membre du Conseil municipal de la ville de Paris. Elu en mai 1884. 8 ans de services. Titres exceptionnels. Est le fondateur et assure seul la prospérité du Dispensaire du IVe arrondissement et de nombreuses autres œuvres philanthropiques, à Paris et à Cannes. — M. le Dr Heydenreich (Joseph-Léopold), maire de Thairé (Charente-Inférieure). Docteur en médecine depuis 1836. Ancien chirurgien-major de la garde nationale. Elu au Conseil municipal de Thairé en 1860. Maire depuis 1879. Médecin inspecteur des Enfants assistés et membre de nombreuses Commissions administratives. Belle conduite au cours de plusieurs épidémies. 56 ans de services. — M. le Dr Alison, médecin à Baccarat (Meurthe-et-Moselle). Interne des Hopitaux de Paris en 1871. Auteur de nombreuses études scientifiques. Plusieurs fois lauréat de l'Académie de médecine. 21 ans de pratique médicale. — M. le Dr Gimbert, médecin à Cannes (Alpes-Maritimes). Lauréat de la Faculté de Paris en 1865 et de l'Institut en 1867. Auteur de nombreux travaux et études scientifiques. Plus de 27 ans de services. — M. le Dr Dubar (Louis-Eugène-Emile), chirurgien de l'hôpital de la Charité et de la Maison de santé de Ville-Evrard. 10 ans de services. Titres exceptionnels. Ancien interne en médecine et en chirurgie des Hôpitaux de Paris. Chirurgien des hôpitaux de Lille depuis 1882. Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine et médecin du lycée de cette ville. Vice-président de l'Association des médecins du Nord. — M. le Dr Fochier (Alphonse), professeur à la Faculté de médecine de Lyon (Rhône). Chirurgien en chef de l'hospice de la Charité, à Lyon, de 1872 à 1888. Membre du Conseil municipal de Lyon de 1882 à 1887. Membre du Conseil d'administration des Hospices civils depuis 1887. Campagne de 1870-1871. 20 ans de services. — M. le Dr Védrine (Claude-Marie-Léon), adjoint au maire de Versailles (Seine-et-Oise). 13 ans de services. Titres exceptionnels. Conseiller municipal de Versailles depuis 1883. Adjoint au maire depuis 1888. Médecin du Lycée, du Bureau de bienfaisance et de la Compagnie de sapeurs-pompiers. Membre du Conseil d'hygiène. Professeur de cours municipaux. Président fondateur de la Société de gymnastique. — M. le Dr Robin (Armand), maire de Chaix (Vendée). Médecin de la marine de 1840 à 1847. Membre du Conseil municipal de Chaix depuis 1848. Maire de cette commune de 1848 à 1852 et depuis 1870. Conseiller général de 1884 à 1889. Président de la Délégation cantonale. 51 ans de services civils et militaires. — M. Laënnec (Théophile-Ambroise), directeur de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. 32 ans de services. — M. le Dr Bréchot (Versailles). — M. le Dr Jolicœur (de Rennes).— M. le Dr Broutet (d'Orgères).—MM. les Drs Sebaud, Ropert, Arène, Gonzer, Lussaud, Lefranc, Reynaud, médecins de la marine. — M. le pharmacien de marine Roubaud. — MM. Valles et Gaillaud, infirmiers. — MM. les Drs Reverchon, Auban, Caragon, de Fusé, Duc Maljean, Weilh, Rubier, Chupin, Ga dit Gentil, Schneider, Pugibet, Lallemand, Rostan, Bontry, Veillon, Hermann, médecins militaires.

M. le Dr Biron (Pierre-Gabriel), médecin à Argenteuil (Seine-et-Oise). — M. le Dr Boutan (Joseph), médecin des hospices du Havre (Seine-Inférieure). — M. Brindeau (Louis-Henry-Eugène), maire du Havre (Seine-Inférieure). — Mme veuve Brochard, née Blivet (Jeanne), sous-surveillante à l'hôpital Tenon, à Paris. — M. le Dr Camuset, médecin-directeur de l'asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir). — M. le Dr Dubief (Henri-Louis-Aristide), médecin à Paris. — M. le Dr Gaillard, médecin à Paris. — M. le Dr Galvani (Marius), médecin à Sarcelles (Seine-et-Oise). — M. le Dr Guiffart (Frédéric-Auguste), directeur du service de santé à Cherbourg (Manche).— M. Lardin de Musset (Paul-Anatole), sous-préfet du Havre (Seine-Inférieure). — M. le Dr Leclercq (Marius), médecin à Arras (Pas-de-Calais). — M. le Dr Le Mercier (Anatole-Pierre), médecin au Havre (Seine-Inférieure). — M. le Dr Musclier (Paul), médecin à l'hôpital de la Pitié. — M. le Dr Netter, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Pennetier (Georges), médecin de Rouen (Seine-Inférieure). — M. le Dr Thoinot, médecin inspecteur du service des désinfections du département de la Seine (1).

A titre Etranger : M. Metchnikoff, naturaliste russe, ancien professeur de zoologie à l'Université d'Odessa et directeur du laboratoire bactériologique de cette ville, membre de l'Université de Moscou, correspondant de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg. Titres exceptionnels comme chef de service depuis plus de quatre ans à l'Institut Pasteur. — Agriculture : M. le Dr George, chef des travaux de zootechnie à l'Institut national agronomique. — Divers : M. le Dr Vermont (de Mars Saint-Vincent). M. le Dr Guérin.

Au grade d'officier : M. le Dr Guyon (Jean-Casimir-Félix), professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, chevalier d'août 1868. — M. le Dr Gibert (Joseph-Henri-Albert), médecin au Havre. — M. le Dr Roux (Pierre-Paul-Emile), chef de service à l'Institut Pasteur.— MM. les Drs Augarde, Tacquoy, Péchaud, Sourel, Thomas, Lambert, médecins militaires. — M. le Dr Kermorgant (Colonies). — MM. les pharmaciens militaires Coutance et Rebuffat.

Au grade de commandeur : M. le Pr Proust (Adrien), inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de médecine. — M. le Dr Dujardin-Beaumetz (Georges-Octave), médecin des épidémies du département de la Seine, membre de l'Académie de médecine. — M. le Dr Péan, ex-chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des étudiants reçus Docteurs en médecine pendant le mois de décembre. (Année scolaire 1892-1893).

M. Poret. *Contribution à l'étude du traitement des calculs vésicaux chez les enfants mâles.* — M. Bavay. *Contribution à l'étude de la teigne tondante et en particulier des traitements.* — M. Grimaud. *L'arsenal maritime de Rochefort. — Recherches d'hygiène professionnelle.* — M. Faucheraud. *Etude d'hygiène navale. Le vêtement du marin.* — M. Le Fel. *Essai sur le traitement des luxations congénitales de la hanche par la méthode sclérogène.* — M. Moreau. *Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde et de la vitalité dans le sol du bacille d'Eberth.* — M. Reygondaud. *Considérations sur l'application des différents traitements de la conjonctivite granuleuse et en particulier du traitement par les scarifications, le curettage et le brassage.* — M. Rapue. *Considérations sur les manifestations épidemmants de la variole, sur le fonctionnement au service municipal de la vaccine à Bordeaux.* — M. Reboul. *Recherches sur l'étiologie des chancres syphilitiques céphaliques.* — M. Ozanam. *Contribution à l'étude de l'arthroisme dans les luxations anciennes du Coude.* — M. Audibert. *Etude sur la physionomie et la physiognomanie. Etude de psychologie physiologique.* — M. Matignon. *De la gastro-entérostomie dans le cancer du Pylore.* — M. Géhin. *Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif.* — M. Durand. *Contribution à l'étude des tænicides l'embélate d'amoniaque.* — M. Pellan. *Des érythèmes blennorrhagiques.* — M. Prigent. *Etude critique sur les résultats fournis par les injections antiseptiques dans le cours de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme.* — M. Arnoult. *Contribution à l'étude de la structure intenses du plexus sacré envisagé surtout au point de vue de l'agencement de ses fibres nerveuses motrices.* — M. Conde. *Contribution à l'étude du traitement de la cystite tuberculeuse, de l'emploi des instillations de sublimé.* — M. Le Floch. *Contribution à l'étude des déformations artificielles internes et en particulier de la déformation oblique par propulsion inerilitalérale.* — M. Normand. *Contribution à l'étude du traitement par l'Electrolyse des Polypes naso-pharyngiens.* — M. Roché. *Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire.* — M. Lasserre. — *Etude de quelques médicaments au point de vue de leur composition exacte et de leur valeur thérapeutique.*

(1) Les dernières personnes, qui sont ci-dessus désignées (depuis 1 alinéa), se sont signalées par des services exceptionnels rendus pendant la dernière épidémie cholérique.

Académie royale des sciences de Turin.

Prix Bressa. — L'Académie Royale des Sciences de Turin, se conformant aux dispositions testamentaires du Docteur CÉSAR ALEXANDRE BRESSA, et au Programme relatif publié le 7 décembre 1876, annonce qu'au 31 décembre 1892 s'est clos le Concours pour les découvertes et les ouvrages scientifiques qui se sont faits dans le quadriennium 1889-92. Concours auquel devaient seuls prendrent part les Savants et les Inventeurs Italiens.

En même temps cette Académie rappelle qu'à partir du 1er janvier 1891, il est ouvert un Concours auquel, suivant la volonté du Testateur, seront admis *les Savants et les Inventeurs de toutes les nations*. Ce concours aura pour but de récompenser le Savant ou l'Inventeur, à quelque nation qu'il appartienne, lequel durant la période quadriennale de 1891-94, « au jugement de l'Académie des Sciences de Turin, aura fait la découverte la plus éclatante et la plus utile, ou qui aura produit l'ouvrage le plus célèbre en fait de sciences physiques et expérimentales, histoire naturelle, mathématiques pures et appliquées, chimie, physiologie et pathologie, sans exclure la géologie, l'histoire, la géographie et la statistique. » Ce Concours sera clos le 31 décembre 1894. La sommé fixée pour ce prix, la taxe de l'imposition mobilière déduite, sera de **10,416** (dix mille quatre cent seize) francs. Qui a l'intention de se présenter à ce Concours devra le déclarer, dans le terme dont ci-dessus, par une lettre adressée au Président de l'Académie, et transmettre l'ouvrage par lequel il concourt. Cet ouvrage devra être imprimé ; on ne tient aucun compte des manuscrits. Les ouvrages des Concurrents, qui n'obtiendront pas le prix dont il s'agit, seront rendus aux Concurrents eux-mêmes, à peine en auront-ils fait la demande, dans le terme de six mois, à partir du jour de l'adjudication de ce prix. Aucun des Membres associés nationaux, résidants ou non résidants, de l'Académie de Turin, ne pourra obtenir ce prix. L'Académie donne le prix à celui des savants qu'elle en juge le plus digne, bien qu'il ne se soit pas presenté au Concours.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 9. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Fauconnier, André. — 1er *de Doctorat* (2e *série*) : MM. Gautier, Villejean, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Poirier, Varnier.

MARDI 10. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Villejean, Fauconnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie, Charité : MM. Panas, Duplay, Brun. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité : MM. Debove, Ballet, Charrin.

MERCREDI 11. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gariel, Villejean, André. — 1re *de Doctorat* (2e *série*) : MM. Baillon, Pouchet, Weiss. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Sébileau.

JEUDI 12. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Schwartz, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Gley. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Maygrier, Albarran.

VENDREDI 13. — 1er *Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Fauconnier, André. — 1er *de Doctorat* (2e *série*) : MM. Pouchet, Villejean, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Marchand, Lejars. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Tillaux, Ricard, Delbet. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité : MM. Straus, Brissaud, Gaucher.

SAMEDI 14. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Fauconnier, André. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Nelaton, Brun. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Chantemesse, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouchem., rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 11. — M. Mosgofian. Etude sur la néphrite liée à l'aplasie artérielle. — Bureau. Etude sur les aortites.

JEUDI 12. — M. Laporte. Les hémorrhagies intestinales sont-elles une contre-indication des bains froids dans la fièvre typhoïde? — M. Guay. Essai sur la pathogénie de la maladie d'Addison. — M. Brasse. Application des lois de la dissociation à l'étude des phénomènes biologiques.

Enseignement medical libre.

Conférences d'Internat. — MM. Michon, Guépin, Levi (Leopold) et Péron, internes des hopitaux, commenceront une conférence d'internat à l'hôpital Laennec le mercredi 11 janvier, à 3 heures, et la continueront les samedis suivants.

Conférences d'Internat. — MM. Teissier, Cazin et Pauchet commenceront leur conférence d'internat le samedi 21 janvier à 3 heures, à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Velpeau).

Conférences d'Internat. — MM. Souligoux, Chretien et N..., commenceront leur conférence d'internat le mercredi 18 janvier à 2 h. 1/2 à l'Hôtel-Dieu (Amphithéatre de gynécologie) et les continueront les samedis suivants à la même heure.

Cours d'Ophtalmologie. — M. le Dr JOCQS commencera un nouveau cours d'ophtalmologie le mardi 17 janvier, à 2 heures, à sa clinique, 30, rue d'Assas.

Maladies du nez et leurs relations avec celles de la gorge, du larynx et des oreilles. — Le Dr MADEUF, bi-licencié ès sciences, etc., commencera son cours libre à l'Ecole pratique de la Faculté, Amphithéâtre Cruveilhier, le lundi 9 janvier à 5 heures et le continuera les lundi et jeudi à la même heure. Les élèves pourront assister à des conférences pratiques de technique spéciale et de médecine opératoire à sa clinique, 46, rue de l'Arbre-Sec.

Cours de séméiologie chirurgicale. — M. le Dr THIÉRY a commencé un cours de séméiologie clinique le lundi 19 décembre, à 4 heures, à l'Hôpital de la Pitié. Le nombre des élèves est limité et chacun d'eux est exercé individuellement à l'examen des malades. Se faire inscrire par M. le Dr Thiéry, chef de clinique chirurgicale, à la Pitié, le matin, de 9 heures à 11 heures.

FORMULES

I. — Diarrhée. — E.-R. SQUIBB.

P. — Laudanum		2 drachmes.
Teinture de capsicum		2 —
Alcool camphré		2 —
Chloroforme pur		15 minimes.
Alcool, q. s.	pour	10 drachmes.

M. — *Dose* : Vingt à quarante minimes. (*College and Clinical Record*).

II. — Broncho-pneumonie des enfants. — SEVESTRE.

P. — Kermès minéral	3/4 gramme.
Benzoate de soude	de 7 à 15 —
Eau de laurier-cerise	50 minimes.
Julep gommeux	3 onces.

M. — *Dose* : Une cuillerée à café, de deux en deux heures, aux enfants atteints de broncho-pneumonie compliquant la rougeole. (*Union médicale*).

III. — Coryza.

P. — Naphtaline finement pulvérisée	6 drachmes.
Acide borique pulvérisé	6 —
Camphre pulvérisé	15 grammes.
Extrait de violettes	15 —
Essence de roses	20 gouttes.

M. — A priser.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Daviers à articulation à tenon.

M. Collin a construit, dans ces derniers temps, toute une série de daviers pourvus de la nouvelle articulation qu'il emploie désormais pour tous les instruments de chirurgie à deux branches.

Comme on peut s'en rendre compte sur la figure ci-jointe (Voir *Fig.* 2), cette articulation est absolument la même que celle des ciseaux, des pinces à pression, etc., que ce fabricant construit aujourd'hui. Nous ne reviendrons pas sur ce mode d'union des

Fig. 2. — Daviers à articulation démontable.

branches, que nous avons décrit dans notre *Guide médical à l'Exposition de* 1889, ni sur les avantages qu'il présente au point de vue du nettoyage des instruments. Nous nous bornerons à ajouter que M. Collin a fait récemment présenter ces daviers à l'Académie de Médecine par M. Magitot et que les spécialistes sont unanimes à reconnaitre le fini de leur exécution, auquel ne saurait être comparée la grossièreté des modeles anglais et américains.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 déc. 1892 au samedi 31 déc. 1892, les naissances ont été au nombre de 1179 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 435; illégitimes, 156, Total, 591. — *Sexe féminin :* légitimes, 424 ; illégitimes, 164. Total, 588.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 déc. 1892 au samedi 31 déc. 1892, les décès ont été au nombre de 1027 savoir : 516 hommes et 511 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 5, T. 12. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 5, F. 5, T. 10. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 12 F. 14, T. 26 — Diphtérie, Croup : M. 17, F. 13, T. 30. — Affections cholériformes : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 114, F. 68, T. 182. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 8. T. 19 — Tumeurs bénignes : M. 1 F. 7, T. 8 — Tumeurs malignes : M. 18, F. 28, T. 46. — Méningite simple : M. 15, F. 8, T. 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 23, T. 49. — Paralysie, M. 4, F. 6, T. 10 — Ramollissement cérébral : M. 4 F. 3, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 44, T. 72. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 24, T. 41 — Bronchite chronique. M. 19 F. 19 T. 38. — Broncho-Pneumonie : M. 26, F. 21, T. 47 — Pneumonie : M. 27, F. 27, T. 54 — Gastro-entérite, biberon M. 19, F. 15, T. 34 — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 1, T. 6 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3 T. 3 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 16, F. 20 T. 36 — Sénilité : M. 7, F. 26, T. 33. — Suicides : M. 12, F. 1. T. 13. — Autres morts violentes : M. 7, F. 6, T. 13. — Autres causes de mort : M. 90, F. 103, T. 193. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 5, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 26, illégitimes, 17. Total : 43. — *Sexe féminin :* légitimes, 34, illégitimes, 8. Total : 42.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Décret relatif au classement des professeurs de Facultés.* — Le président de la République française, sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, vu les décrets des 12 février et 16 juillet 1881 relatifs au classement des professeurs des Facultés et des Ecoles supérieures de pharmacie ; vu l'article 40 du décret du 28 décembre 1885 ; vu l'art. 4 de la loi du 27 février 1880, la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique entendue, décrète : *Art.* 1er. Le rang d'ancienneté entre professeurs qui débutent comme titulaires dans la 2e classe d'une des Facultés de Paris continue d'être fixé, conformément à l'art. 1er, § 3, du décret du 16 juillet 1881, combiné avec l'art. 40 du décret du 28 décembre 1885. — *Art.* 2. Le professeur d'une Faculté des départements, nommé titulaire dans une Faculté de même ordre à Paris, prend rang dans la 2e classe, savoir : A la date de sa nomination à Paris s'il appartenait auparavant à la 3e ou à la 4e classe des professeurs des départements ; à la date de sa nomination à la 2e classe dans le cadre des professeurs des départements, s'il appartient à la 1re ou à la 2e classe. — *Art.* 3. Les dispositions qui précèdent ne porteront aucune atteinte aux droits acquis en vertu du tableau d'ancienneté dressé le 31 décembre 1891. — *Art.* 4 Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Un concours sera ouvert le lundi 3 juillet 1893 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Sont maintenus pour l'année scolaire 1892-1893 dans les fonctions de chef de clinique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse : MM. Destarac, clinique médicale ; Rispal, clinique médicale ; Chamayon, clinique chirurgicale ; Hieber, clinique obstétricale ; Batut, clinique ophtalmologique ; Chabaud, clinique des maladies des enfants.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — M. Dubois (Léger-Joseph), docteur en médecine, est institué pour une période de 9 ans chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. Chapplain, professeur de pathologie externe et médecine opératoire à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé directeur honoraire à la dite Ecole à dater du 27 décembre 1892. — M. Livon, professeur de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé pour 3 ans, à dater du 27 décembre 1892, directeur de la dite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — M. GUIBBAUD (Antoine-Louis-Adrien), docteur en médecine, est institué, pour une période de 9 ans, suppléant des chaires de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

ECOLE DES SCIENCES D'ALGER. — Il est créé à l'Ecole des sciences d'Alger une chaire de botanique.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* — Questions posées. Volontaires (Anatomie) : *Crosse de l'aorte ; Conf. extérieure et rapports de la face inférieure du foie ; M. biceps brachial et brachial antérieur ; 1/3 supérieur du fémur ; Muscles masticateurs.* — Pathologie : *S. de la pneumonie fr. aiguë ; Vésicatoires ; Appareils plâtrés ; Des injections sous-cutanées.* — Elèves nouveaux. Anatomie : *Mus. les adducteurs de la cuisse et leurs nerfs ; Surf. articul. et ligaments de l'articul. du coude ; M. psoas-iliaque ; Paroi osseuse des fosses nasales ; Trachée ; Conf. extérieure et rapports ; Cœur* (Conf. extérieure et rapports) ; *Os maxillaire inférieur ; Config. extérieure et rapports du rectum ; Artère fémorale ; Muscles fessiers ; Veines superficielles du membre supérieur ; Muscles de la patte d'oie* (coutur. 1/2 tend., d. interne) ; *Astragale et calcaneum ; Aorte abdominale ; Paroi osseuse de l'orbite.* — Vétérans : *M. de la région antéro-latérale de la jambe ; Surf. artic. et ligaments de l'artic. du genou ; Veines jugulaires ; Conf. extérieure et rapports des poumons ; Rapports de l'Estomac ; Artères de la Main.* — Pathologie : *Recherche de l'albumine et du sucre de l'urine ; Pansement antiseptique ; Signes locaux des épanchements pleuraux.*

Concours de l'Internat. — Voici les premières questions posées aux épreuves orales de ce concours : *Crosse de l'aorte ; S. et diagn. de l'insuffisance aortique. — Artère fémorale ; Signe de la coxalgie. — Bassin et uretères ; S. et D. de la colique néphrétique. — Muscles masticateurs ; S. et D. des paralysies faciales. — Muscles du larynx ; laryngite striduleuse.*

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE (Bureaux : 14, boulevard St-Germain). — *Sommaire* (Tome II. N° 1, 1er Janvier 1893). — M. GANGOLPHE (Lyon). *Etudes sur les localisations osseuses hérédo-syphilitiques tardives : Lésions des os longs de la colonne vertébrale et du bassin* (10 Fig.), p. 1-24. — A. REVERDIN (Genève). *Epithélioma du gros intestin. Résection. Guérison*, p. 25-28. — M. JEANNEL (Toulouse). *De la gastro-entérostomie pour dilatation simple de l'estomac et pour cancer*, p. 29-46. — L. MARTEL (Lyon). *Note sur un cas de hernie inguinale étranglée et de hernie propéritonéale avec torsion du mésentère* (2 Fig.), p. 47-54. — *Ce numéro de 60 pages renferme dans le texte 12 photogravures en relief, dont 1 au trait et 11 à la demi-teinte.*

ASSOCIATION CONTRE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES. (Société française de tempérance). — Cette association a tenu sa séance solennelle le 11 décembre 1892, sous la présidence de M. le Dr E. Vidal, de l'Académie de médecine, président de la Société. Après avoir entendu l'allocution de M. le Dr E. Vidal, le rapport de la Commission du prix offert par M. le Président de la République et sur la situation morale et financière de l'Œuvre par M. le Dr A. Motet, le rapport de M. le Dr E. Philbert sur les récompenses, la Société a décerné : 1° les deux vases de Sèvres offerts par M. le Président de la République à M. le Dr Paul RAYMOND, ancien interne des hôpitaux ; 2° une mention honorable avec un diplôme de Membre associé honoraire à M. le Dr DELOBEL, de Noyon (Oise) ; des médailles de vermeil à MM. le professeur Villard, à Marseille, pour ses leçons sur l'alcoolisme faites à l'Ecole de médecine de Marseille ; Fr.-A. Robyns, inspecteur principal de l'Enseignement primaire à Hasselt (Belgique), pour ses efforts en faveur de la tempérance dans les écoles ; et à M. Adolphe Coste, vice-président de la Société de statistique de Paris pour son ouvrage : *Alcoolisme ou épargne* ; une médaille d'argent à M. le médecin-major J.-E. Marty, au 4e de ligne, pour son travail sur l'alcoolisme en Algérie ; 263 diplômes de membres associés honoraires ; 9 médailles d'argent ; 348 médailles de bronze et un rappel ; 112 diplômes de témoignage de satisfaction, avec diverses publications de la Société et 1.560 exemplaires de l'avis de l'Académie de médecine. Elle a décerné, en outre, un prix de 100 francs à M. Jean Durrieu, instituteur à Rieux (Ariège), et un prix de 60 francs à M. Pierre-Hilaire Durand, instituteur à Donjeux (Haute-Marne), au nom de l'ancienne Société contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques.

CHOLÉRA EN FRANCE. — Le choléra continue à sévir à Grand-Fort-Philippe, près de Gravelines. Le sous-préfet de Dunkerque, accompagné de la commission centrale, a visité la commune et aurait prescrit le barrage de plusieurs rues (?).

Choléra en Allemagne. — Il y a encore des cas de choléra à Hambourg ; un a été suivi de mort. Sur ces cas de choléra, quatre se sont produits en ville et trois dans les faubourgs. Parmi les personnes atteintes, il y a quatre hommes alcooliques, deux femmes et un jeune apprenti. Le malade qui a succombé est un marin de race nègre, qui était à l'hôpital depuis plusieurs semaines à cause d'une autre maladie.

Epidémie de fièvre typhoïde. — On écrit de Rodez qu'une épidémie de fièvre typhoïde d'une gravité exceptionnelle sévit à l'orphelinat agricole de Grèzes, près Laissac. Trois décès se sont produits. On compte actuellement quarante cas de maladie sur soixante personnes. Le médecin de l'établissement a informé l'administration préfectorale de cette situation, la priant d'inviter la commission d'hygiène départementale à examiner la situation et à étudier les moyens d'enrayer le mal. Le préfet de l'Aveyron s'est rendu sur les lieux.

Hôpitaux de Budapesth. — *Laïcisation.* — On se rappelle l'affaire de laïcisation d'un hôpital à Budapesth, qui a soulevé beaucoup de bruit. Cette affaire vient de se terminer d'une façon inattendue par l'intervention du Cardinal Vaszary. Mme Tisza, fervente calviniste, s'est servie de l'influence du gouvernement pour empêcher l'introduction des sœurs à l'hôpital. La majorité des fondateurs de l'hôpital, qui est composée de catholiques, était en opposition avec la minorité composée de protestants. Le cardinal Vaszary a déclaré que, si la minorité protestante voulait retirer son assistance financière, il ferait une fondation pour compenser la perte des fonds protestants.

Influenza dans le Nord. — Une épidémie d'influenza sévit de nouveau dans les cantons de Lens, de Carvin et de Vimy.

Institut antirabique de Lisbonne. — La *Gazette officielle* de Portugal publie un décret créant, à Lisbonne, un institut bactériologique dans lequel sera pratiqué le traitement antirabique suivant la méthode Pasteur.

Institut Pasteur. — *Subvention.* — Le Conseil général de la Seine, désirant s'associer à la manifestation du 27 décembre dernier, en l'honneur de M. Pasteur, a adopté une proposition de M. Stanislas Leven tendant à accorder une dotation annuelle à l'Institut Pasteur. Une somme de 4,000 francs sera inscrite au budget à cet effet pour l'entretien de deux bourses d'études à l'Institut Pasteur.

Journalisme et Santé. — *Le Journalisme devant l'Hygiène*, tel est le titre d'un intéressant mémoire communiqué au meeting de l'Institut du journalistes des Royaume Uni par un médecin littérateur. Pour notre confrère, la vie du reporter est particulièrement sujette à des accidents de toute nature, et nul plus que lui n'est une victime née du surmenage intellectuel. Le confortable et le journalisme n'ont jamais fait bon ménage : l'obscurité, la poussière, le bruit des machines, les odeurs nocives l'accompagnent, la plupart du temps, dans les salles de rédaction, sans compter que l'exercice insuffisant auquel il peut se livrer, le manque de sommeil et l'irrégularité des repas viennent s'ajouter à ces impedimenta et menacer son existence. Si l'on veut adjoindre à ces causes premières l'abus presque obligatoire que les journalistes font des boissons alcooliques, soit comme apéritifs, soit comme dérivatifs à la fatigue physique ou intellectuelle, on se rendra facilement compte du danger inévitable que cette profession présente pour la santé, sans qu'il soit cependant facile de la modifier sensiblement. (*Journal d'Hygiène*). — Hélas ! Rien n'est plus vraie que cette lamentable description. Nous nous permettons d'en garantir la parfaite exactitude. (M. B.).

Le typhus a New-York. — On signale de nouveaux cas de typhus dans les quartiers populeux de l'est de New-York. Depuis le 1er décembre, il s'est produit 81 cas, dont quelques uns suivis de mort. On a fait l'inspection des logements garnis et pris des mesures prophylactiques contre le fléau.

Laïques et religieuses. — *Un don de Mme Denain.* — Mme Denain, née Sophie Ménage, ex-sociétaire de la Comédie-Française, a laissé une propriété magnifique, évaluée à plus de 250,000 francs, à l'Assistance publique. L'établissement que, conformément aux intentions de Mme Denain, on se propose de créer, serait uniquement destiné à recueillir et à élever les *enfants abandonnés*. Ils seraient gardés dans l'asile jusqu'à l'age de quinze ou dix-huit mois ; ils seraient ensuite envoyés à la campagne, suivant les procédés actuels de l'Assistance publique. Mais on impose comme condition que l'asile sera placé sous la direction absolue des *sœurs*. Et, dans le cas ou le Conseil municipal de Paris repousserait cette condition, le legs passerait à une congrégation religieuse Il va sans dire, d'ailleurs que, même en ce cas, le but de l'établissement projeté resterait le même et qu'une large part y serait réservée aux enfants de la ville de Clichy. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, est allé tout récemment examiner les lieux ; il a semblé satisfait de sa visite, la propriété étant vraiment très belle et pouvant constituer un établissement dans les meilleures conditions d'hygiène et de confortable. Cependant, il n'est pas encore certain que le legs soit accepté par l'Assistance publique. En effet, la légataire ne donne que la propriété, cadeau magnifique il est vrai, mais entrainant de très lourdes dépenses d'aménagement et d'entretien.

Journalistique. — Les fonctions de rédacteur en chef de l'*Union médicale* viennent d'être confiées à notre ami, M. le Dr Eugène Rochard. Nous adressons nos compliments et nos félicitations à notre excellent collègue et à notre nouveau confrère de la Presse médicale. Nous sommes convaincu qu'il saura conserver à l'*Union médicale* le rang qu'elle a toujours tenu parmi les journaux médicaux.

Le Panama et la Médecine. — On n'a pas gâché que de l'argent, dans l'affaire si fameuse du Panama. En envoyant des hommes dans l'isthme qu'on a oublié de percer, on n'a pas manqué d'y joindre un stock de médicaments. Si bien que, d'après un conférencier, il y aurait eu pour six cent soixante-dix mille francs de purgatifs ! La rhubarbe et l'huile de ricin y étaient, parait-il, hors de prix. On ne sera pas surpris, après cela, que le blanchissage d'une chemise (ça, c'est de l'hygiène) revienne là-bas à deux francs cinquante !

Les enfants moralement abandonnés. — M. Rousselle a présenté un rapport au Conseil général de la Seine, le 29 décembre dernier, sur le service des enfants moralement abandonnés. Le rapporteur a constaté qu'après des débuts difficiles ce service a pris une grande extension.

Service de santé militaire. — Par décret en date du 8 décembre 1892, ont été nommés dans le corps de santé des Colonies et pays de protectorat : Au grade de médecin de 2e classe ; MM. les Drs Nogué et Burdin, médecins auxiliaires de 2e classe de la marine. — Au grade de pharmacien de 2e classe ; M. Prince, pharmacien universitaire de 1re classe. — Par décret en date du 12 décembre 1892, ont été promus dans le corps de santé de la marine : Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe Drago, Pascalis et Vergniaud. Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe Recoules et Négretti. Au grade de pharmacien en chef : M. le pharmacien principal Chalmé. Au grade de pharmacien principal : M. le pharmacien de 1re classe Perrimond-Trouchet. — Par décision ministérielle en date du 12 décembre 1892, M. le médecin de 2e classe de la marine Barthélemy a été inscrit d'office au tableau d'avancement pour le grade de médecin de 1re classe de la marine. Faits de guerre au Dahomey. — Par décision ministérielle en date du 14 décembre 1892, M. Cherpitel, médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, a été désigné pour le 149e régiment d'infanterie, par permutation avec M. le médecin aide-major de 1re classe Georges. — Sont nommés médecins principaux de 1re classe : MM. Feuvrier et Czernicki ; Médecin principal de 2e classe : M. Benoit ; M. Guillemin, médecin principal de 1re classe, est nommé directeur du service de santé du 19e corps.

Société médicale des hôpitaux. — *Prix.* — La Société médicale des hôpitaux rappelle aux intéressés qu'elle attribuera un prix de 1,000 francs, fondé par Mme Lemière, au meilleur des travaux qui lui seront présentés avant le 31 juillet 1893, sur les artérites dans les maladies infectieuses.

Société médico-chirurgicale. — Le Bureau de la Société chirurgicale a été constitué ainsi qu'il suit pour l'année 1893 : *Président* : M. Peyron ; — *Vice-Présidents* : MM. Bar et Philbert ; — *Secrétaire général* M. Tripet ; — *Secrétaires des séances* : MM. Brigadé et Rabion ; — *Trésorier*, M. Vigier.

Variole a Manchester. — La petite variole sévit actuellement à Manchester avec une telle violence que le conseil municipal de la ville a décidé la construction d'un *hôpital spécial* pour recevoir les personnes atteintes de cette maladie ; on en compte déjà plus de soixante-dix cas.

Nécrologie. — M. le Dr Sainton (de Tours).

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE,
14, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Reverdin (A.). — Des tractions continues à l'aide d'un appareil suspenseur destiné à l'aide de l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale dans le cas de tumeurs solides Brochure in-8 de 14 pages, avec 5 figures. — Paris, 1892.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* M. le Dr CHARCOT recommencera ses leçons du mardi le 10 janvier.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Cours de M. Albert ROBIN. (Service d'hiver) : Leçons de thérapeutique clinique, vendredi à 9 h. 1/2, amphithéâtre No 3. Examens des malades nouveaux, clinique de therapeutique, mercredi à 6 h. salle Piorry et Lorrain. (Service d'éte) : Clinique pathologique, jeudi à 9 h. 3/4, laboratoire de service, conférences cliniques par des candidats au bureau central, lundi, samedi à 10 h.

HÔPITAL DE LOURCINE. — M. le Dr DE BEURMANN : Leçons pratiques sur les affections vénériennes et syphilitiques, le lundi à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux :* M. DEJERINE, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales :* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE A LA Cie DE VICHY, 8, boulevard Montmartre, l'*Agenda médical* pour 1893, joli volume in-4o, contenant des renseignements très utiles pour le Corps médical et le service des hopitaux. Les médecins qui ne l'auraient pas reçu n'ont qu'à ecrire, en se recommandant de notre journal, à la Cie de Vichy, 8, boulevard Montmartre, pour le recevoir gratis et franco.

Librairie F. ALCAN,
104, boulevard Saint-Germain.

VIGNARDOU (C.). — Essai sur la part des écoles vétérinaires françaises dans les progrès de la médecine générale. Volume in-8, de 105 pages. Prix. . . . . 2 fr. 50

Librairie OLLIER HENRY,
11, rue de l'Ecole de-Médecine.

LANGLOIS. — Contribution à l'étude de l'état mental des hystériques, dénonciations de crimes imaginaires, chromhydrose simulée. Brochure in-8 de 26 pages avec une planche hors texte.

Librairie G. STEINHEIL,
2, rue Casimir-Delavigne.

BOURBON (H.). — De la cystocèle inguinale rencontrée au cours de la kelotomie. Volume in-8 de 112 pages.

BURDETT (H.-C.). — Tome I. Hospital and asylums of the world. Their origin, history construction, administration, management, and legislation. Volume in-8 de 701 pages. — Tome II. Asylum, construction. Plans and Bibliography. Volume in-8 de 347 pages. — London, 1891. — J. et A. Churchill.

DARIER (A.), — Des injections sous-conjonctivales de sublimé dans certaines affections des nerfs optiques (Nevrites, névrites rétrobulbaires, amblyopies centrales, etc). Brochure in-8 de 20 pages — Paris, 1892. — Imprimerie de la cour d'appel.

DEDICHEN (H.). — Philippe Pinel. Ei Studie. Brochure in-8 de 11 pages. — Kristiania, 1892. — Det Steenske Bogtrykkori.

LANDOLT. — L'opération de la cataracte de nos jours. Brochure in-8 de 72 pages. — Paris, 1892. — *Archives d'Opthalmologie.*

MENZ (Ed.). — Ein Fall von cerebraler Kinderlahmung mit doppalseitiger Oculomotorius — paralyse. Brochure in-8 de 7 pages.— *Wiener Klin. Wochenschrift.*

MILLER (W.-D.). — Die Mikroorganismen der Mundhöhle. Die ortlichen und allgemeinen Erkrankungen. Volume in-8 de 448 pages, avec 13 figures et 3 planches hors texte. Prix : 15 fr. Leipzig, 1892. — Gevry Thieme.

PETERSON (F.). — Three cases of acute mania from inhaling carbon bisulphide. — Brochure in 8 de 7 pages. — Boston, 1892. — Damrell and Upham.

RÉGIS. — Syphilis et paralysie générale. Brochure in-8 de 50 pages. — Bordeaux, 1892. Feret et fils.

SCOTT BISHOP. — Diseases of the Note, Throat and Ear. Brochure in-12 de 15 pages. — Chicago, 1892. — Prented at the office of the association.

SISLEY (R.). — A study of influenza and the laws of England concerning infections diseases. Volume in-8 cartonné de 119 p. — London, 1892. — Longmans, Green and Co.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 2. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 14 JANVIER 1893.

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

Du Dermographisme (*Suite*) (1);

par le Dr T. BARTHÉLEMY, médecin de Saint-Lazare.

III.

PATHOGÉNIE.

Ainsi donc, au milieu des contradictions apparentes et de la confusion créée par les circonstances si différentes au milieu desquelles le dermographisme a été constaté, quelques points seulement restent constants: mais ce sont toujours les mêmes et précisément ceux que nous avons signalés au début de ce travail, à savoir: le *nervosisme*, l'*arthritisme*, les vices d'alimentation et de digestion, c'est-à-dire, les auto-intoxications. Nous sommes ainsi conduits aux faits depuis longtemps signalés par Charcot (nervosisme et arthritisme) et par Bouchard (Cours de pathologie générale) . Et ces faits restent vrais indépendamment de toutes les théories qui peuvent se succéder autour d'eux.

Toutefois les théories que nous venons d'exposer semblent avoir reçu une confirmation formelle, ainsi que la base solide qui leur faisait défaut jusqu'ici, du fait des expériences si concluantes (datant de novembre 1890) que Bouchard a fait connaître, le 26 octobre 1891, à l'Académie des sciences, sur les *actions vasomotrices des produits bactériens*. Il faut lire en détail cette importante communication dont je ne puis donner ici qu'un trop court et trop incomplet résumé.

Le plasma du sang, qui constitue l'élément principal des fluxions, des poussées congestives et de l'œdème inflammatoire, peut sortir des vaisseaux indépendamment des globules blancs ou rouges, avec eux, avant eux et même sans eux.

En introduisant sous la peau ou dans les veines d'un animal un produit qu'il a retiré des sécrétions du bacille pyocyanique et qu'il appelle *anectasine*, Bouchard a supprimé l'irritabilité chimiotaxique du plasma sanguin, c'est-à-dire son issue à travers les vaisseaux et par conséquent la turgescence, la fluxion, la poussée congestive, bref tous les phénomènes dont les cliniciens et les anatomo-pathologistes ont constaté la présence dans le dermographisme. Bouchard a même pu s'opposer à l'œdème inflammatoire et à la diapédèse des globules blancs et rouges, c'est-à-dire à la production de l'inflammation. C'est une question de dose.

Inspirés par Bouchard, Charrin et Gamaléia, Charrin et Gley (*Archiv. de Physiol.*, oct. 1890 et janv. 1891 sont venus ensuite démontrer que si un produit bactérien paralyse le centre vaso-dilatateur, la dilatation vasculaire, comme la diapédèse locale, la poussée congestive et fluxionnaire, l'issue du plasma, l'œdème inflammatoire, etc., deviennent impossibles.

Or c'est là précisément ce que produit l'*anectasine*. Par son action *générale* et en tant que substance paralysante du centre vaso-dilatateur, elle empêche la diapédèse *locale*. Elle modère à ce point l'excitabilité du centre vaso-dilatateur et par suite la dilatation vasculaire active qu'elle peut arrêter les hémorrhagies et produire l'hémostase ischémique; de là, pensons-nous, un grand jour jeté sur la genèse de l'asphyxie locale des extrémités, de la scléro-dactylie et d'autres états similaires.

Bouchard a même pu employer avec succès l'anectasine dans des cas où l'inflammation locale n'était pas une suffisante sauvegarde contre l'infection générale : ce serait presque à essayer dans la sclérose initiale avant l'infection générale syphilitique.

Une autre substance, antagoniste de la précédente et retirée de la tuberculine de Koch, produit des effets opposés : c'est l'*ectasine* qui, excitant le centre vaso-dilatateur, facilite les réactions vaso-motrices et provoque la dilatation vasculaire, la congestion réflexe plus énergique, avec exsudation séreuse plus abondante, et, si on la laisse poursuivre son action, la diapédèse plus intense ; et cela, dans toutes les régions du corps, mais surtout dans les points où ses effets sont sollicités par une irritation locale.

Dans certains organes, reins, poumons, rétine, son action vaso-dilatatrice peut même devenir manifeste sans provocation : résultats fort importants et bien propres, à notre avis, à élucider la production de tant d'hémorrhagies spontanées et peut-être de l'hémophilie, cet état pathologique qui a pu jusqu'à ce jour et en dépit de toutes les observations tenir si bien cachées ses origines.

Ajoutons qu'Arloing (Académie des sciences, 7 septembre 1891) a obtenu des résultats comparables et confirmatifs des expériences de Bouchard avec des produits sécrétés par le staphylocoque. Rappelons aussi les expériences de Mord (de Lyon).

De toutes ces expériences, il est permis d'induire que les toxines élaborées dans l'organisme et surtout dans l'appareil digestif produisent, après absorption, l'abolition de l'excitabilité des centres vaso-moteurs, qu'il n'y ait pas ou bien qu'il y ait, comme le pense Gley, deux centres, l'un vaso-dilatateur, l'autre vaso-constricteur.

Car, cet état spécial existe, non pas en un siège déterminé, mais virtuellement sur toute la surface cutanée, le dermographisme n'étant que la manifestation provoquée sur un point, choisi par hasard ou par caprice, ou la preuve et le témoin de l'état pathologique où se trouvent, en permanence et partout, les agents de la circulation cutanée.

Il y a peut-être là une indication à faire usage contre le dermographisme des produits bactériens capables d'amener la parésie des centres vaso-dilatateurs en s'opposant à l'éréthisme toxique des centres vaso-dilatateurs et en ramenant le calme dans les vaso-moteurs cutanés.

Je vais citer un résultat opposé ; mais n'est-ce pas une preuve qu'on peut ainsi procéder ? je fais allusion à un érythème considérablement étendu presqu'à la totalité de la surface du corps, à la période de réaction de l'injection du liquide de Koch. (*Congrès de Vienne*, 1892). Exposition des dessins du service de Billroth.

Ces résultats s'accordent également avec ce que nous

1) Voir n° 1, 1893.

démontrent les faits, à savoir que le dermographisme n'est que l'état paroxystique de la névrose vaso-motrice, et que celle-ci n'est bien que l'exagération du phénomène extrêmement fréquent que nous avons désigné sous le nom de petit état dermographique. Celui-ci peut ne durer que quelques instants, et c'est pour cela même qu'il y a lieu, comme nous l'avons déjà dit, de faire rentrer dans la classe des dermographiques les sujets atteints d'*érythème émotif* avec ou sans hyperhydrose axillaire.

Erythème émotif.—Cet érythème est fort intéressant à étudier; comme le dermographisme il est complètement indépendant de la volonté; mais alors que l'un est provoqué l'autre est spontané; il s'agit ici d'un réflexe, car c'est un phénomène subit, fugace comme la rougeur du visage chez les adolescents timides, impressionnables, très nerveux, alors même qu'ils ne sont ni neurasthéniques ni anémiques, deux conditions qui ne font cepen dant que favoriser le phénomène.

L'*érythème émotif* est remarquablement passager; il est difficile d'en produire la répétition d'un instant à l'autre, comme je l'ai constaté en voulant en faire plusieurs photographies successives; il diffère en cela du dermographisme quand ce dernier est très prononcé; et pourtant il faut noter que le dermographisme ne se répète pas indéfiniment sur les mêmes sièges.

Si l'érythème émotif peut se généraliser à tout le buste et s'étendre jusque dans le dos, sur les bras et les avant-bras, il a toutefois pour siège d'élection les régions, antérieure de la poitrine, sous-claviculaire et pré-sternale, et les seins qui apparaissent marbrés de larges placards roses, irréguliers—et diffus.—Ces plaques sont d'abord séparées, puis confondues en vastes étendues rouges, irrégulières et diffuses, qui dépassent les mamelles de toutes parts, sans avoir la moindre localisation systématisée ni nerveuse. Eh bien! même dans ces régions d'élection, une fois l'action nerveuse épuisée, il ne se produit plus rien pendant un temps plus ou moins long, phénomène à rapprocher de ce qui se passe à un degré moindre pour le dermographisme.

Notons en passant que cet érythème est bien indépendant de la pudeur et ne semble nullement mériter l'épithète de *pudique* (*érythéma pudicum*) que certains lui donnent: je l'observe plus souvent qu'on ne pourrait croire, à Saint-Lazare, sur des prostituées habituées à se déshabiller, même en public, et en tout cas exemptes depuis longtemps de tout scrupule de ce genre et de tout sentiment de réserve plastique.

L'*érythème émotif* se rencontre aussi chez l'homme et sur les parties qui, ordinairement couvertes, sont *brusquement* ou *longuement* (les 2 cas se présentent) exposées à l'action de l'air, du vent, du froid ou de la lumière. Ce n'est pas toujours l'action du soleil ardent direct qui agit le plus (insolation à part bien entendu); pour provoquer l'érythème sans desquamation, il suffit du soleil même fortement voilé par la brume. Il y a parfois, même dans ces conditions, en même temps que l'érythème, des démangeaisons. Cet érythème a son maximum sur la poitrine, dans les régions sous-claviculaires et présternale; mais on peut l'observer aussi dans le dos, au front ou voire au vertex dénudé, quand l'usage du chapeau est habituel. Eh bien, les sujets qui présentent ce phénomène sont des *nerveux* et des *arthritiques*; ils ont la peau blanche, fine, facile à congestionner, propice aux fluxions, une circulation périphérique en apparence très active, très superficielle, des sueurs surtout faciles et abondantes, de l'alopécie, de la séborrhée, de l'acné ou de petites taches d'eczéma sec, des rougeurs après les repas, des dispositions aux congestions réflexes, des troubles digestifs (fermentations gastro-intestinales), etc. Bref, ils rentrent complètement dans le cadre pathologique précédent indiqué.

L'action de l'air sur les nerfs très sensibles a certes plus de part dans le phénomène en question que la pudeur. Eh bien, chez les sujets atteints d'*érythème émotif*, involontaire et fugace, le *dermographisme*, soit petit, soit grand, est la règle.

Si l'érythème émotif est au bas de l'échelle, le dermographisme n'est qu'au milieu; plus haut encore est placée la diapédèse complète du sang, c'est-à-dire les ecchymoses spontanées et les hémorrhagies. Nous pensons que tous ces phénomènes obéissent à un mécanisme du même ordre et reconnaissent des causes, si non toujours identiques, du moins de même nature.

IV.

Particularités cliniques. — Diagnostic. — Pronostic. — On a varié à l'infini les expériences propres à mettre en valeur les *particularités cliniques du dermographisme*.

Frappé du fait de l'anesthésie complète de la malade de Beaumetz, Caspary a réalisé l'*anesthésie chloroformique* jusqu'à l'abolition du réflexe palpébral, et le dermographisme n'a pas été modifié.

L'*application locale du chloroforme* a peut-être une action *légèrement retardante* sur la formation des saillies (Expérience de Gull, 1859, et de Michelson, 1882), mais non empêchante, pas plus que les *pulvérisations d'éther* (Féré, 1890).

L'*application de la glace* ne hâte pas sensiblement l'aplatissement de la plaie proéminente. Si on applique la glace immédiatement après l'irritation de la peau, la formation de la proéminence est retardée. Mais Michelson, dès 1882, considérait ce retard comme banal, dû seulement à la contraction des vaisseaux que produit tout refroidissement de la peau.

Mesnet appliqua également de la glace sur le côté non anesthésique d'une dermographique. Quand le refroidissement fut complet, la peau, fortement érythémateuse et descendue à une basse température, il fit sur les deux épaules, aux régions symétriques, des tracés comparatifs. L'inscription se fit régulièrement sur l'épaule gauche, mais elle n'apparut sur l'épaule droite qu'après le rétablissement complet de toutes les fonctions cutanées, momentanément interrompues par l'application de la glace. *Les pulvérisations d'éther* ne firent pas plus d'effet.

J'ai employé les *pulvérisations de chlorure de méthyle* une fois le phénomène produit; dès que la couche blanche de glace a disparu, on peut voir que le dermographisme persiste comme si rien n'avait été dirigé contre lui.

Mesnet a laissé de côté l'électricité et les *aimants*, n'en ayant rien obtenu.

Michelson raconte que toujours l'usage de l'alcool renforce temporairement le phénomène; il est d'accord en cela avec Raymond.

Les *bains froids* exercent une influence favorable au point de vue de l'état général et de la cause productrice du phénomène; mais l'eau froide ne fait en général qu'exaspérer le phénomène lui-même, comme il est arrivé chez la malade de Blachez, de même que chez une des miennes, la petite fille de neuf ans chez

qui, depuis plus d'un an, la maman s'aperçoit chaque matin, en faisant sa toilette, que l'eau couvre le visage de rougeurs disposées en stries ou en plaques plus ou moins saillantes.

Chambard a vu la *douche en lames* produire une bande érythémateuse, laquelle ne tarde pas à se couvrir de saillies papuloïdes. La *douche en pluie* a produit les effets suivants (qui n'ont d'ailleurs jamais été réalisés sur mes malades) : chaque gouttelette d'eau produit sa macule érythémateuse, puis sa papule d'abord congestive, ensuite ortiée, de sorte qu'en localisant avec soin l'action du jet d'eau divisée, on pourrait imprimer dans le corps du malade des éruptions artificielles dont l'origine embarrasserait peut-être plus d'un médecin non prévenu. On a pu provoquer ainsi une éruption ortiée ayant l'aspect de l'urticaire spontanée ; et c'est peut-être là une explication de la fréquence de l'*association de l'urticaire et du dermographisme*.

Il était naturel de penser à l'emploi *de l'électricité*. L'*électricité statique* a été employée par Chambard, qui a dirigé sur son malade des étincelles de longueur variable, dont quelques-unes atteignaient 15 à 20 centimètres, provoquant chez l'observateur l'apparition de papules ecchymotiques. Or, le résultat fut absolument nul chez le malade.

Feré et Lamy ont constaté l'apparition d'une belle roséole au niveau du pôle négatif, tandis qu'au niveau du tampon rien d'appréciable ne s'est produit. Avec vingt-quatre éléments Gaiffe, de petites papules rouges se montrèrent, simulant à s'y méprendre le début d'un groupe d'éléments de zona. Chambard a obtenu des résultats moins nets avec la *galvanisation* qu'avec la *faradisation*. Comme le fait remarquer Feré, il faut peut-être, en pareille matière, faire la part de l'excitabilité spéciale du malade. En tout cas, la différence observée entre les deux modes de réaction montre bien qu'il ne s'agit pas d'excitation mécanique pure et simple par les fils du pinceau. Cet observateur a appliqué pendant une minute un courant provenant d'une pile Léclanché, au moyen de deux plaques métalliques recouvertes d'une peau mouillée : résultat à peu près nul avec un courant de 6 milliampères. Avec un courant de 18 milliampères maintenu pendant 3 minutes, on vit apparaître, aux deux pôles positif et négatif, des plaques érythémateuses légèrement chagrinées, sans papulation véritable (Cornu).

Un sinapisme appliqué sur le malade pourtant si sensible du service de Fournier n'a produit qu'une rougeur bien marquée comme chez tout autre sujet, et sans aucune sensation spéciale. Les *ventouses sèches* appliquées en grand nombre et plusieurs jours de suite, n'ont donné lieu à aucun phénomène à signaler. Les *ventouses scarifiées* ont montré qu'il n'y avait ni plus ni moins de sang que dans les endroits voisins ; du reste la piqûre d'une plaque dermographique fait sortir un peu de sang noir comme de la place voisine non dermographiée. Les petites coupures y guérissent de la même manière que sur la peau normale.

La *teinture d'iode* ne modifiait en rien le dermographisme, ni avant, ni après la production du phénomène (Mesnet).

Le sulfate et le bromhydrate de quinine, l'ergotine, déjà expérimentés par Michelson, en 1882, ne m'ont donné, même en injections sous-cutanées, pas plus d'ailleurs que la pilocarpine, la belladone, ou la morphine qui peuvent plutôt exaspérer les dermatoses, que des résultats peu dignes de remarques. Il en est de même du *salicylate de soude* et de l'*antipyrine* à tort recommandée, pensons-nous, en pareil cas.

Ce sont les excitants *mécaniques* qui donnent les résultats les plus apparents. Les piqûres d'épingle légères s'entourent d'une petite macule rouge qui devient, au bout de quelques minutes, une papule légèrement saillante, de la dimension d'une lentille (Feré). Ce résultat était à prévoir puisqu'on se rapproche ainsi du stylet mousse, de la pointe émoussée, crayon, porte-plume, clef, coupe-papier, avec lesquels il est possible de varier à l'infini les dessins et les inscriptions que le caprice des observateurs peut imprimer sur la peau des malades. C'est tout au moins un grand avantage sur les tatouages, en ce sens que le dermographisme, eût-il duré 6, 12, 18 heures et plus, ne laisse jamais aucune trace et ne donne lieu à aucune espèce de douleur. Un mari écrivait à certains moments son nom sur l'épiderme de son épouse. Certes, c'était moins durable mais aussi moins indiscret que les tatouages : « A toi pour la Vie », si banals et si communs.

Blachez appliquait sur le bras de sa malade une *pièce de monnaie* qui ne tardait pas à apparaître avec tous ses dessins. Chez mon malade les moindres impressions se montraient grossies, hypertrophiées, et l'on pouvait, à volonté, simuler toutes les éruptions papuleuses, circinées, en groupes ou disséminées.

Mesnet a fait sur son malade des *inscriptions cabalistiques* ; d'autres observateurs ont imprimé de simples dates, des noms, des dessins, tous phénomènes que, suivant les dimensions qu'on leur donnait, on pouvait apercevoir, pendant plusieurs heures chez les grands dermographiques, jusqu'à 20 mètres de distance.

L'*hémianesthésie hystérique* ne modifie pas les saillies dermographiques qui se produisent sur le côté anesthésié de la même façon que sur l'autre ; j'ai pu le constater après Mesnet et Bourneville. On n'a pas observé ce qui survient dans le cas de *contracture hystérique*, pas plus que ce qui se passerait dans les cas d'*hémiplégie*, vraie, non dynamique.

Alimentation spéciale. — Il fut prescrit à certains dermographiques d'ingérer en notable quantité des fraises, framboises, huitres, écrevisses et crevettes, homards et truffes, tous aliments ayant plus particulièrement la propriété de provoquer des poussées d'urticaire chez des gens prédisposés. L'effet se produisit sous forme de congestion érythémateuse, diffuse, vers la tête et la poitrine, sans élevures papuleuses propres à l'urticaire, mais, pendant 24 heures, les inscriptions qui furent faites sur la peau se montrèrent avec des reliefs beaucoup plus saillants et une persistance plus grande. Il n'y eut pas de démangeaison. Michelson, Azam, etc., ont vu l'*alcool* renforcer le dermogaphisme.

Hypnotisme. — Un grand nombre de sujets dermographiques sont sensibles à l'hypnotisation, ainsi que Mesnet l'a montré un des premiers en guérissant, soit des paralysies motrices, soit des paralysies de la sensibilité chez des sujets qui étaient en même temps dermographiques ; mais le phénomène dermographique lui-même n'a pas été influencé par l'hypnotisme, ni au moment de l'hypnotisation, ni après. C'est aussi l'avis plus récent de Delbœuf qui a pu constater que le dermographisme se produisit identiquement avant, pendant, et après le sommeil provoqué et qu'il échappait complètement à la volonté : « l'influence psychique est nulle. » Plusieurs de mes malades étaient très faciles à endormir et je n'ai en effet vu, par ce fait, aucune modification.

Dermographisme et Suggestion. — Sans prendre aucunement partie dans une discussion où je n'apporterais que des éléments négatifs, je rappellerai ici des faits tels que le suivant qui a été signalé à mon attention par le Pr Ch. Richet: Une jeune mère est occupée à ranger dans une armoire des porcelaines dont elle a les mains pleines; son petit enfant joue par terre à l'autre extrémité de la chambre, près du foyer sans feu; à force de toucher au mécanisme, l'enfant finit par décrocher la crémaillère et le rideau de la cheminée menace de tomber sur le cou de l'enfant qui se trouve à genoux et dans la position du guillotiné, le rideau de la cheminée jouant le rôle du couperet.

C'est à ce moment, précédant immédiatement la chute du rideau métallique, que la mère se retourne. Subitement elle entrevoit le petit danger que court son enfant. Sous l'influence du saisissement, « *son sang* », selon l'expression consacrée, « *ne fait qu'un tour* ». Comme cette femme est très impressionnable et nerveuse, il se forma, paraît-il, un cercle érythémateux et saillant autour du cou, dans le point même où l'enfant allait être frappé. *Cette empreinte, dermographique au premier chef*, persista assez intense et assez durable pour qu'un médecin, venu quelques heures après, pût encore la constater.

Ce serait là un bel exemple de *dermographisme par suggestion* et, qui plus est, par *auto-suggestion*. Nous le consignons ici pour attirer sur les cas de cette nature l'attention des observateurs; car, malgré nos recherches, nous n'avons, pour notre part, rien pu constater d'approchant.

Ce sont des faits à rapprocher de ceux qui ont été signalés par Bourru et Burot (*Congrès Grenoble* 1885), Vivet, à *Rochefort*, Feré et Binet, Luys, Dumontpallier et Janet, Brown-Séquard (de Charmes). (*Soc. de Biol*), Focachon, Babinski, etc. En 1891, le Pr Bernheim, de Nancy, m'écrit à ce sujet qu'il a assisté à une expérience de vésicatoires suggérés, faite avec succès par Focachon. Il ajoute que, personnellement, il a déterminé par suggestion des rougeurs persistantes, mais pas de vésication bien nette ni de stigmates (1891). Il termine en disant que ces expériences ne réussissent que sur un petit nombre de sujets.

Babinski m'a dit avoir vu se développer par suggestion des taches rouges, des boursouflures et des phlyctènes dont il était possible de faire couler l'eau en les piquant. Rien n'avait été appliqué préalablement sur la peau : ni papier, ni timbre-poste, ni pommade, etc.

Les stigmates de saint François seraient donc possibles, au même titre que les sueurs de sang, que la canitie rapide et autres phénomènes dont une observation compétente suffisamment attentive et suivie n'avait pas encore permis de considérer la réalité comme définitivement et incontestablement acquise à la Science. Telle est encore la genèse des *Nævi Materni*.

Par suggestion, des troubles dans les vaso-moteurs s'observent également. On obtient des *rougeurs localisées;* on produit des vésicatoires avec du simple papier mouillé. (Luys, *Bull. méd.*, 27 juin 1888, action sur la vie végétative). La congestion peut être telle, dit Luys, (*Acad. méd.*, 7 août 1888), que si, chez ces sujets, les vaisseaux étaient friables, on aurait certainement des hémorrhagies.

Ces faits sont à rapprocher aussi des cas d'hémoptysie ou d'hématémèse, marquant invariablement le début de chaque crise, ainsi que j'en ai observé un cas, à la Santé, dans le service de Variot, chez un hystérique auto-hypnotique.

Enfin nous rappellerons les expériences de *E. Jendrassik* (*Neurolog. Centrbl.*, 1888, nos 10, 11; in *Progrès méd.*, 14 juillet 1888).

Par suggestion exclusive, cet observateur produit non seulement de la rougeur, des vésicules et des phlyctènes; mais si on dit à la malade que l'objet marqueur est un fer rouge, il y a, au bout de quelques minutes, une raie rouge, puis une phlyctène et enfin une escharre qui met trois semaines à guérir. Si l'objet marqueur est en métal, la malade étant endormie au moment de l'application, mais réveillée immédiatement après, il peut y avoir transfert, c'est-à-dire action, comme par un aimant, sur le côté opposé. Ce transfert donne une image symétriquement renversée quand la malade n'a pas vu la lettre. Si on l'a montrée au sujet et qu'on lui suggère l'idée de brûlure (sans contact avec la peau), le transfert donne une image non renversée. Dans le 1er cas, c'est le transfert de l'impression cutanée qui se fait; dans le 2e, c'est le transfert de l'idée concrète de la lettre qui se produit.

On peut se demander, avec Dujardin-Beaumetz, si le regard aurait sur les nerfs vaso-moteurs des centres nerveux le même effet que le contact exerce sur les nerfs vaso-moteurs de la peau.

Là où existe l'hystérie, par une disposition, soit native de l'individu, soit occasionnellement acquise, les nerfs sont toujours plus facilement excitables qu'ailleurs; l'hystérie constituant comme un appareil grossissant des impressions nerveuses, l'*urticaire factice* ne représentant que le plus haut degré de l'irritabilité des nerfs vaso-moteurs, laquelle existe aussi à l'état normal, mais à un degré très atténué, comme l'a dit G. Lewin en 1887 : La mise en jeu des nerfs sensitifs, et à plus forte raison leur excitabilité jusqu'à la douleur, n'étant nullement indispensable (comme l'a déjà fait remarquer Michelson) pour produire le dermographisme. Nous en revenons donc encore à cette conclusion que c'est l'hystérie qui produit le dermographisme; ou même, comme il y a des dermographiques qui ne sont pas autrement hystériques, et inversement des hystériques qui ne sont pas dermographiques, que l'hystérie et le dermographisme relèvent, sinon d'une même cause, du moins d'une cause de même ordre. Or, nous avons démontré que, dans l'état actuel des connaissances (Bouchard), il était permis d'admettre que le dermographisme avait pour cause des produits bactériens agissant comme toxiques sur les centres vaso-moteurs du bulbe; ceux-ci pouvant être dès lors impressionnés par une action réflexe, dont le point de départ serait soit psychique, soit cutané.

Mode de guérison possible. — La guérison subite, comme la provocation soudaine d'un symptôme hystérique pouvant avoir lieu après une profonde émotion morale ou physique, l'apparition subite du dermographisme étant possible à la suite d'un trauma, comme le montrent mon cas (malade du service de Fournier) et peut-être aussi celui de Michelson, il est permis d'admettre qu'après une durée plus ou moins prolongée, le dermographisme peut disparaître subitement. Il semble pourtant que la disposition graduelle, et par étapes successsives, soit plus fréquente. Pour ma part, j'ai observé plusieurs fois ce modèle de guérison.

Dermographie et sorcellerie. — Stigmates. — Marques des sorciers. — Plusieurs de nos maîtres : Beaumetz, et surtout Mesnet, ont insisté sur l'im-

portance de l'état dermographique à l'époque de la sorcellerie des quinzième et seizième siècles. Soit qu'il n'ait pas été remarqué, soit qu'il fût réellement moins fréquent, alors que de nos jours il ne se trouve indiqué dans aucun des procès que Mesnet a eus sous les yeux, cet auteur juge que le dermographisme a dû passer inaperçu à cette époque où nulle explication humaine n'eût pu en donner une raison suffisante : « Fait cent fois heureux, s'écrie-t-il avec raison, si l'on veut bien se représenter à quels déplorables entraînements se seraient laissé aller les juges (même de la meilleure foi du monde et avec la conviction de sauver la société contemporaine) en voyant surgir, en caractères irrécusables, sur les épaules d'un accusé, un mot suspect — le nom de Satan, par exemple — marquant de son sceau sa malheureuse victime ! »

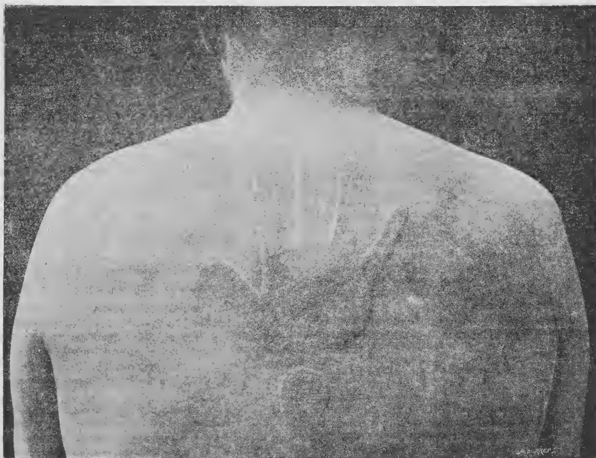


Fig. 1. — Main de Satan. Signe de possession.

Quand le démon était soi-disant intervenir dans tous les actes de la vie de ce monde, l'accusé de sorcellerie était soumis, dans toutes les parties de son corps, à un examen minutieux (Voyez par exemple *Ladame, dernier procès de sorcellerie jugé à Genève*), soit sur les parties découvertes, soit sur les parties basses, reins, cuisses, etc... Cet examen se faisait sous la pression de l'idée préconçue que le diable indiquait le plus souvent sa possession par quelque signe particulier. Les stigmates (stigmata) étaient tenus pour le sceau même du démon qui, de la sorte, marquait sa victime et signait sa possession. Une cicatrice était signe de possession ancienne, une rougeur avec gonflement et saillie (érythème ortié) indiquait la possession récente. Que d'erreurs d'interprétation commises par les examinateurs ! (juges, exorcistes, médecins et chirurgiens) dont les connaissances dermatologiques, on peut l'admettre sans difficulté, laissaient alors profondément à désirer.

Puisqu'il s'agissait de dermatologie, nous avons dans un grand nombre de lectures fait le relevé des principaux stigmates signalés dans les procès, les marques constituant les preuves les plus assurées de la possession et ne pouvant laisser place au soupçon de fausseté (Le Daneus, Godel, Bodin, del Rio, etc.) ; dans Jacques Fontaine, professeur à l'Université d'Aix (*Des marques des sorciers*, etc. ; Lyon, chez Larjot, 1611), on recherche les stigmates dans les parties secrètes et les plus cachées, on signale les marques intérieures et extérieures ; il faut regarder dessous la langue, dessous les paupières, dedans le nez, dedans les lèvres, autour des parties honteuses, dedans les poils de la tête, entre le doigt et l'ongle. Les sorciers racontent que *Satan les marque avec le doigt* (page 20). Le dermographisme est-il ici en question ? (*A suivre*).

Service de santé militaire. — Par décret, en date du 2 janvier 1893, ont été promus dans le corps de santé des colonies : *Au grade de médecin en chef* : M. le médecin principal Geoffroy. — *Au grade de médecin principal* : MM. les médecins de 1re classe Nicomède, Canoville et Néis. — *Au grade de médecin de 1re classe* : MM. les médecins de 2e classe Nottet et Lacarrierrère. — A la suite du concours ouvert le 19 décembre 1892 ont été nommés : 1° à l'emploi de médecin stagiaire à l'Ecole du Val-de-Grâce : M. le Dr Matignon ; 2° à l'emploi de pharmacien stagiaire à la même Ecole : M. le pharmacien de 1re classe Boutin. Les médecins auxiliaires de réserve appartenant aux classes appelées en 1893, dans les corps auxquels ils sont affectés, seront convoqués aux mêmes dates que les autres réservistes de ces corps et par ordres individuels.

PATHOLOGIE INFANTILE

Obstruction intestinale par corps étrangers chez une enfant de deux ans. Convulsions graves. — Guérison immédiate après expulsion des corps étrangers ;

par le Dr **A.-F. PLICQUE**, ancien interne des Hôpitaux.

Les convulsions constituent au cours de l'obstruction intestinale, comme d'ailleurs dans toutes les autres affections de l'intestin chez l'enfant, une complication fréquente. Si bien connue que soit cette complication, l'observation suivante nous a paru offrir un certain intérêt pratique, 1° en raison des difficultés spéciales du diagnostic; 2° en raison de l'efficacité immédiate et remarquable du traitement.

Le 30 mai 1892, à sept heures du soir, j'étais appelé en toute hâte auprès d'une petite fillette de deux ans demeurant dans mon voisinage immédiat et prise d'une violente attaque de convulsions. L'enfant depuis deux jours était un peu triste, un peu mal en train. Elle avait été vue le matin même par le médecin ordinaire de la famille. Après l'avoir examinée avec le plus grand soin ce dernier n'avait constaté que deux vésicules d'herpès sur l'amygdale gauche et un peu de rougeur de la gorge. L'enfant était d'ailleurs plutôt malaise que vraiment malade. Notre confrère se contenta de prescrire quelques badigeonnages de la gorge et un laxatif léger.

Le soir même, au moment où elle venait de manger son potage avec assez d'appétit, l'enfant se raidit tout à coup sur sa chaise, fut agitée pendant quelques instants d'un tremblement convulsif et tomba sans connaissance. Les parents accoururent affolés chez moi. A mon arrivée la pâleur était livide, la perte de connaissance absolue. Le tronc était rigide, la respiration courte, saccadée, irrégulière, le pouls incomptable. Les mouvements convulsifs des membres étaient nettement prédominants du côté droit. — Un examen rapide de la gorge montra de suite les deux vésicules d'herpès constatées le matin. Bien que l'angine fût très légère, il paraissait rationnel de chercher là l'origine de l'attaque d'éclampsie.

Le moment n'était pas d'ailleurs aux longues discussions de diagnostic. La règle si justement soutenue par mes maîtres de l'hôpital des Enfants, MM Descroizilles et Simon : « Quelle que soit la cause apparente des convulsions, le premier soin doit être de s'occuper tout d'abord de l'état du tube intestinal et d'en assurer la vacuité », s'imposait d'autant plus que le laxatif donné le matin n'avait été suivi d'aucune selle. Je commençai donc par chatouiller vigoureusement l'arrière-gorge avec le dos d'une cuillère. Cette manœuvre qui n'amena aucun vomissement fut suivie d'une crise telle que je n'osai pas la prolonger. Tandis qu'on courait chercher du sirop d'ipéca, j'essayais de donner un lavement d'eau additionnée de glycérine. A mon grand étonnement ce lavement pénétra mal. L'eau ressortait presque aussitôt comme arrêtée par un obstacle. Je fis de suite le toucher rectal. Très haut, à l'extrême limite du doigt je parvins à sentir un corps dur et arrondi. Je réussis non sans peine à le dégager et, l'entraînant, je ramenai... un noyau de cerise. Presque aussitôt se produisait une véritable débâcle entrainant avec un flot de matières fécales et de gaz sept autres noyaux. Trois autres selles, cette fois sans corps étrangers, suivirent en quelques instants. En même temps survenaient spontanément des vomissements abondants. Les convulsions avaient cessé dès la première selle et l'enfant reprenait bientôt complète connaissance. Dès le lendemain l'enfant, que je revis avec le médecin ordinaire de la famille, ne semblait plus se ressentir d'aucun malaise. Les vésicules d'herpès étaient pourtant encore très nettes sur l'amygdale. Une vésicule nouvelle existait non moins nette à la commissure labiale.

Une étude plus approfondie des commémoratifs et du début put alors être faite. L'ingestion des noyaux de cerises remontait certainement à six jours, la bonne se rappelant très bien avoir ce jour-là acheté un petit bouquet de cerises à l'enfant. Les premiers symptômes de malaise léger n'étaient apparus que deux jours avant l'attaque d'éclampsie. La constipation remontait à peine à 36 heures. Il n'y avait eu aucun vomissement. En dehors de la constipation si récente et surtout de l'insuccès du laxatif prescrit, il n'existait, ni le matin quand l'avait vu pour la première fois mon confrère, ni le soir au moment de l'attaque d'éclampsie, rien qui pût faire supposer un obstacle du côté de l'intestin. Cet obstacle était cependant très réel. Le premier noyau de cerise fut fort difficile à entraîner et la quantité de matières accumulées derrière l'obstacle était considérable.

L'apparition de l'herpès peut facilement s'expliquer par la fièvre légère des jours précédents et les troubles digestifs. Elle rendait on le conçoit une erreur de diagnostic inévitable au premier examen. Mais les points les plus singuliers de cette observation sont certainement : 1° l'absence de tous vomissements avant l'attaque d'éclampsie ; 2° la production de vomissements spontanés et abondants au moment où l'obstacle était levé et où l'éclampsie cessait.

L'enfant ne présentait d'ailleurs aucune tare nerveuse héréditaire. Sa convalescence fut extrêmement rapide. Dès le mois de juin ses parents — un peu malgré nos conseils — l'emmenèrent au bord de la mer. Elle y passa trois mois sur une des plages du Nord de la Manche et revint en parfaite santé, sans avoir présenté le moindre accident nerveux.

En terminant il importe d'insister encore : 1° sur l'intensité et la gravité de l'attaque d'éclampsie ; 2° sur l'erreur de diagnostic inévitable relativement à la cause de cette attaque. Ce fait constitue donc un nouvel exemple de la très grande utilité de la règle thérapeutique que nous avons rappelée plus haut.

PATHOLOGIE MENTALE

Un danseur monomane (1) ;

par **GILLES DE LA TOURETTE** et **DAMAIN**.

Il existe à Paris et dans toutes les grandes villes un certain nombre d'individus qui, par l'excentricité de leurs allures, forcent pour un instant tout au moins l'attention d'un certain public et acquièrent ainsi une célébrité qui, toute spéciale quelle soit, n'en est pas moins réelle. Ces excentriques sont presque toujours des malades.

Il y a plusieurs années déjà, nous avons soutenu avec preuves à l'appui (2) que nombre de somnambules dites extra-lucides n'étaient autres que de malheureuses hystériques. Nous examinions ces jours-ci M. Pickmann, « le liseur de pensées » : il est hémianesthésique, a des attaques convulsives et *n'opère* bien que dans l'état somnambulique. Nous voulons aujourd'hui dire quelques mots d'un personnage bien connu des établissements chorégraphiques de Paris, où on le désigne sous le nom de « l'*Idiot* » ou du « *Danseur*. »

Les deux sobriquets sont également justes si l'on veut bien considérer toutefois que le terme d'idiot se trouve ici détourné de son acception propre en médecine, « faire l'idiot » équivalant pour le public extra-médical à exécuter une série d'actes dénués de tout sens commun.

Au moment où l'orchestre entame la figure d'un quadrille où dominent les instruments de cuivre, on voit tout à coup se mêler au groupe des danseurs un personnage de 26 à 27 ans, correctement vêtu, une fleur à la boutonnière, qui ne tarde pas à attirer l'attention par

(1) Communication à la *Société de médecine légale*.
(2) Gilles de la Tourette. — L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal, in-8, 2e édit. 1889.

ses gestes désordonnés, levant bras et jambes, agitant son chapeau au bout de sa canne, dansant ou mieux courant en mesure d'un bout à l'autre de la salle, montant sur la scène du Moulin-Rouge, grisé par le bruit et les applaudissements ironiques, continuant à danser dans l'intervalle des figures, puis à la fin du quadrille cherchant à disparaître dans la foule pour recommencer aux premiers sons de l'orchestre et cela pendant une soirée tout entière.

Les habitués le connaissent ; les gardiens de l'établissement disent: « C'est le Fou, l'Idiot » et le laissent danser, le sachant en somme inoffensif.

Le hasard nous a mis en relation avec ce singulier personnage et c'est son histoire pathologique que nous allons raconter en nous aidant tant de nos observations que de son autobiographie qu'il a bien voulu nous remettre « dans l'intérêt de la science, son état ne laissant pas que d'être assez intéressant. » On voit que notre danseur a une certaine dose de suffisance ; c'est d'ailleurs, disons-le tout de suite, un dégénéré ou mieux un déséquilibré, présentant quelques-uns des symptômes épisodiques dont ces individus sont coutumiers : en particulier, dans la circonstance, le délire ambitieux, et certaines manies à forme impulsive, tel que le besoin irrésistible de danser.

M. X. est donc âgé de 26 ans 1/2. Il est né de parents israélites, venus en Allemagne après l'expulsion des juifs de l'Espagne et du Portugal. Ainsi qu'on pouvait s'y attendre son hérédité nerveuse est très chargée, elle s'associe, ce qui est fréquent dans l'espèce, avec l'arthritisme.

Le père, commerçant comme tous les autres membres de la famille, est mort à 54 ans d'une « congestion au cerveau. » Le grand-père et la grand'mère maternels étaient cousins germains. Les oncles et tantes maternels, au nombre de 11 ou 12, « étaient assez nerveux ; deux des premiers sont morts entre 20 et 30 ans, l'un d'eux ayant beaucoup souffert d'accès convulsifs. » La mère, de complexion délicate, « souffre d'un asthme qu'elle tient, paraît-il, de son père. »

« Sur 9 enfants, ajoute M. X., nous sommes 5 garçons et 4 filles, tous plus ou moins nerveux, et je crois que je ne suis pas le moins nerveux de tous. J'ai, entre autres, mon quatrième frère qui est neurasthénique. Mon plus jeune frère, âgé de 18 ans 1/2, souffre déjà de rhumatismes ; il est faible d'esprit dans ce sens qu'il oublie beaucoup ; à part cela, il est assez vigoureux. Ma sœur aînée, mariée depuis 4 ans, a des attaques de nerfs lorsqu'on l'agace tant soit peu. »

Puis il se présente lui-même ainsi qu'il suit, et son autobiographie, que nous donnons telle qu'il nous l'a remise, ne manque pas d'une certaine saveur. On y trouve, à chaque instant, amenée par les motifs les plus futiles, cette exaltation du moi dont les dégénérés sont si coutumiers.

« Je suis, dit-il, né à Paris, en 1866, de parents étrangers, c'est-à-dire non Français. J'ajouterai cependant que, quoique n'étant pas citoyen français (je suis citoyen suisse, mon père s'étant fait naturaliser), j'aime beaucoup la France mon pays de naissance, et, si je ne le suis pas de fait, je suis entièrement Français de cœur, mais Parisien encore plus que tout le reste.

« Jusqu'à l'âge de 15 ans à peu près, j'ai fait mon éducation en pension, dont 3 ans à Neuilly-sur-Seine et après à Paris, toujours dans des institutions particulières. Je suis resté 2 ans en pension à Francfort-sur-le-Mein où j'ai terminé mes études pour entrer ensuite à Paris, dans la maison de commission de mon père (fin 1883). En août 1885, je suis parti pour New-York où je suis resté pendant un an dans la commission. Puis je suis revenu à Paris, chez mon père, jusqu'en octobre 1887. Fin novembre de la même année, je me suis embarqué pour le Costa-Rica (Amérique centrale), où je suis resté pendant 2 ans dans une maison d'importation. De retour en octobre 1889, je suis rentré, peu après, dans une maison de commission de Paris, que j'ai quittée depuis le 31 mars 1892. Depuis lors, je ne fais rien. J'ai été passer 2 mois à Luchon pour soigner une ancienne syphilis. »

Celle-ci fut assez longtemps ignorée et partant mal soignée ; mais, depuis le retour à Paris, les accidents consistant surtout en rupias des deux jambes, dont les traces sont encore visibles, ont disparu sous l'influence d'un traitement approprié. A signaler encore des excès de masturbation et de coït ; deux blennorrhagies dont une avec orchite.

Puis arrive l'exposé de cette manie si particulière de la danse dont nous avons déjà dit quelques mots.

« Je suis très nerveux et sensible à l'extrême à l'action de la musique, ce que j'ai du reste toujours été. Mais je remarque que la musique bruyante et infernale me fait un effet beaucoup plus fort. C'est à un tel point que lorsque j'entends un orchestre bruyant au Moulin-Rouge, au Casino de Paris ou dans un endroit analogue, *il faut que je danse*, bien que souvent je sois venu là sans aucune intention préméditée. Souvent je danse le quadrille que j'exécute tout seul, en faisant des convulsions extraordinaires, en levant la jambe mieux et plus haut que n'importe qui, en allant, en courant d'un bout de la salle à l'autre, en faisant tourner ma canne et en levant mon chapeau, etc., etc., et tout cela sans m'arrêter un instant avant la fin du morceau ; quelquefois même je continue quand la musique a cessé dans l'intervalle de deux figures de quadrille.

« Je fais tant de mouvements que tout le monde me regarde, m'applaudit et beaucoup me prennent pour un fou. Quelquefois même je suis tellement grisé par la musique, surtout quand c'est un morceau échevelé en diable comme *Orphée aux enfers*, que je ne me gêne plus du tout et je me fiche de tout le monde ; de plus, encouragé par le succès, surtout auprès des cocottes ou autres, et par les applaudissements, je monte sur la scène, à la grande admiration de toute la salle, et il faut voir alors l'enthousiasme de tous ces curieux à son comble. Rien ne me vexe plus que si l'on m'empêche de danser et quelquefois je vais là uniquement pour « faire du chahut » (pardonnez l'expression) et de l'épate, surtout quand il y a un certain temps que je n'ai pas levé la jambe, car il y a des moments où je suis tellement énervé qu'il faut que je chahute ; cela me fait plaisir, j'aime cela ; c'est une certaine satisfaction personnelle, je dirais même un besoin passager mais irrésistible.

« Si j'entends une valse c'est un tout autre ordre d'idées, cela tourne au sentimental, alors je suis calme et danse parfaitement, comme tout le monde, avec des femmes, car autrement je danse toujours seul. Une fois que je suis en train, rien ne saurait m'arrêter et si, par exemple, je commence à danser à dix heures, je continue jusqu'à la fin du bal, en ne me reposant que très peu. Je me sens un peu fatigué le lendemain, il est vrai, mais pas autant qu'on pourrait le supposer.

« Il m'est arrivé d'aller au Moulin-Rouge ou ailleurs avec des personnes sérieuses, avec des étrangers ou des

amis auxquels je ne pouvais pas refuser. Arrivé dans le bal, je me suis mis parfois tellement hors de moi par la musique que je me séparai d'eux sans avoir l'air de le faire exprès pour aller danser dans un endroit où il y a peu de monde, afin que les personnes qui m'accompagnaient ne pussent pas me voir; car souvent je suis ennuyé de savoir ou d'apprendre que j'ai été vu par quelqu'un connaissant mon nom ou ma famille au moment où je faisais le pantin, et d'être ainsi, sans le vouloir, la risée de beaucoup de personnes, surtout de ces individus qui, loin de pratiquer la dansc par passion, en font un métier pour lequel on les paie.

« En un mot j'adore la danse et la musique captivante, sentimentale; je ne suis cependant pas musicien du tout, quoique, étant enfant, j'aie appris le piano pendant un an. C'est depuis deux ans (depuis que j'habite Paris avec ma mère) que j'ai commencé à danser comme je le fais dans les établissements publics; j'en ressens surtout l'envie quand j'ai fait des excès soit de table, soit de femmes. Alors, aussitôt que j'entre au Moulin-Rouge, je déborde tout de suite et même avant d'entrer je me réjouis du plaisir que je vais me donner.

« Il doit y avoir un dérangement quelconque dans mon cerveau dû évidemment à beaucoup de causes, en particulier aux excès que j'ai faits. Ce qui doit aussi me pousser à agir comme je le fais c'est le trop peu de confiance que j'ai en moi-même et mon manque d'énergie. Je me demande souvent à quoi je suis bon dans cette vie, ne pouvant penser à rien de vraiment sérieux, non parce que je ne puis être sérieux, mais parce que je sens parfaitement que je ne suis pas assez capable pour arriver à quelque chose. Je n'ai aucune initiative ou très peu, surtout pour mon âge. Tout cela me tracasse souvent; de là des idées déclassées qu'un jeune homme bien élevé et de bonne famille ne devrait pas avoir.

« J'aimerais, par exemple, pouvoir faire beaucoup d'épate, comme on dit vulgairement; et quand je peux en faire un peu, je ne m'en prive pas. Tout cela n'a rien de noble, je le sais; mais je me montre tel que je suis, et c'est une confession que je fais là.

« Tout en aimant beaucoup les distractions, j'ai parfois des idées noires, surtout quand j'ai beaucoup gesticulé dans un bal public. Je suis mécontent de moi, morose, pensif; mais cela ne dure heureusement pas. J'ai le caractère très changeant et, pour bien me comprendre, il faut bien me connaître. Au fond un excellent garçon, mais trop susceptible, très bon cœur, généreux, mais faible de caractère.

« Je me laisse facilement tenter par de bonnes paroles surtout quand cela touche mon amour-propre. J'aime également beaucoup les chansons qui font vibrer les cordes du cœur, comme le *Père la Victoire*, etc., et une fois, à Costa-Rica, il m'est arrivé de suivre du bout de la ville à la caserne une musique militaire qui s'en retournait en jouant le fameux air de Boulanger, tout en brandissant ma canne tellement cela m'enthousiasmait.

« En général, je me porte assez bien, mais je perds souvent du sang après avoir uriné, ce qui me porte aussi au cerveau. Mon appétit est ordinairement excellent, quelquefois même vorace. En fait de boisson, je suis modéré et la moindre chose me porte à la tête, ce qui prouve la faiblesse de mon cerveau. »

Nous avons tenu autant que possible à laisser notre danseur exposer lui-même son état mental, ce qu'il a fait du reste assez subtilement, en tout cas avec une grande sincérité.

Il est aisé de voir, comme nous le disions en commençant, qu'on se trouve en présence d'un dégénéré à délire ambitieux présentant, depuis un an, une impulsion irrésistible à danser lorsqu'il entend le son d'une musique entraînante. Ce sont de véritables accès impulsifs que la volonté est impuissante à réfréner et qui sont suivis, beaucoup plus encore qu'il ne le signale, de dépression à forme mélancolique et par moments de tendances au suicide.

L'état mental semble s'aggraver. Avant ces deux dernières années il avait eu quelques manies passagères : étant méticuleux au possible, ressentant toujours une certaine angoisse lorsqu'il devait mettre une lettre à la poste, mais tous ces épisodes étaient légers, peu profonds pour ainsi dire et compatibles avec ses fonctions commerciales. De fait, il put amasser un petit pécule sur lequel il vit actuellement, mais comme celui-ci est presque épuisé il voudrait se remettre au travail, mais il lui est impossible de s'y résoudre, son instabilité mentale étant trop grande.

Si l'accès délirant, pour ainsi dire, auquel il est en proie depuis près d'un an, ne se termine pas, et rien n'en fait actuellement prévoir la fin, ce sera un déclassé de plus à ajouter à tant d'autres, victimes, eux aussi, de la dégénérescence mentale, si l'exaltation des idées de suicide ne vient pas mettre un terme à son existence.

En présentant cette observation à la *Société de Médecine légale* (9 janvier 1893), nous l'avons accompagnée de quelques considérations. X., avons-nous dit, est bien connu des directeurs des nombreux établissements chorégraphiques qu'il fréquente assidûment, attiré par de véritables impulsions morbides. On l'y traite un peu comme un fou qu'il est, d'ailleurs, au moins partiellement; deux ou trois fois cependant on l'a expulsé en y mettant quelques formes lorsque, par ses ébats insensés, il troublait par trop la soirée. Il s'est soumis sans trop faire de rébellion.

Mais on peut supposer qu'un jour — et la chose a failli arriver déjà plusieurs fois — passant devant une maison quelconque, ou près d'un établissement où se donne une réunion privée, il ne puisse résister à son impulsion et pénètre ainsi presque de force au milieu des danseurs, gesticulant d'une façon désordonnée, faisant, en un mot, un esclandre épouvantable. La question de responsabilité se posera si on l'arrête, ce qui arrivera infailliblement. Il nous paraît que, dans la circonstance, on devra tenir le plus grand compte de l'état morbide que nous avons signalé.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, la chaire de minéralogie du Muséum d'histoire naturelle est déclarée vacante. — Par décret, M. Rouget professeur de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, et admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, est nommé professeur honoraire au Muséum d'histoire naturelle.

Société de chirurgie de Paris. — La Société de Chirurgie de Paris tiendra sa séance annuelle le Mercredi 18 janvier à quatre heures. Ordre du jour : 1° Allocution de M. Chauvel, président; 2° Compte-rendu des travaux de l'année 1892, par M. Bouilly, secrétaire annuel; 3° Eloge d'Ulysse Trelat, par M. Ch. Monod, secrétaire général; 4° Proclamation des prix pour l'année 1892.

Société géologique de France. — La Société géologique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour l'année 1893 : Président : M. Zeiller; Vice-présidents : MM. Gosselet, de Grossouvre, Carez, Chaper; Secrétaires : MM. Dereims, Thiéry; Vice-secrétaires : MM. Cayeux, Bertrand; Trésorier : M Janet; Archiviste : M. de Margerie; Membres du Conseil : MM. Bertrand, Fischer, Gaudry, Munier-Chalmas, Cotteau, Haug, Pellat, Michel Lévy, Douvillé, de Lapparent, Bergeron, Schlumberger.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Dilatation de l'estomac et Gastro-entérostomie.

Dans un article du *Progrès médical*, publié à la même place (1), nous avons, il y a six mois déjà, essayé de montrer les bénéfices qu'on pourrait retirer, dans le traitement de certaines dilatations stomacales, de la gastro-entérostomie, opération jusqu'ici réservée à la dérivation des substances alimentaires, lors d'obstruction pylorique. Cet article a attiré de suite l'attention... à l'étranger comme en témoignent les analyses qui ont paru dans divers journaux (2).

Or voici que M. le Pr Jeannel (de Toulouse), qui, à la suite d'un entretien avec M. le Dr Rémond à propos d'un malade atteint de dilatation stomacale, avait songé à la possibilité d'une intervention de ce genre, vient de publier, dans les *Archives provinciales de Chirurgie* (3), le premier cas de gastro-entérostomie exécutée *de parti pris* pour remédier à une ectasie gastrique. Le fait vaut la peine d'être souligné, car il sera peut-être le point de départ d'une série d'interventions analogues qui donneront aux anastomoses jéjuno-stomacales un nouveau regain d'actualité. Mais laissons la parole à ce distingué chirurgien :

« Jusqu'ici les indications de la gastro-entérostomie étaient réalisées par toutes les obstructions pyloriques cicatricielles ou néoplasiques. Aucun chirurgien n'avait encore, à ma connaissance au moins, considéré que la dilatation gastrique par simple atonie, sans rétrécissement du pylore, pouvait être utilement traitée par la création d'une bouche jéjunale placée dans la partie la plus déclive du sac stomacal, de telle sorte que l'évacuation du gaster dilaté se fasse mécaniquement dans l'intestin et que par suite toute rétention, toute stase alimentaire, y soit définitivement supprimée. Quel bénéfice résulterait de cette évacuation? Il était en vérité à peine besoin de se le demander : les fermentations gastriques supprimées, l'alimentation ou plutôt la nutrition rendue possible en même temps que la digestion intestinale : c'était le but à atteindre, le résultat facile à obtenir.

« Et cependant rien n'avait été tenté dans cette direction pour le traitement de la dilatation invétérée de l'estomac, celle que les lavages, le traitement antineurasthénique et l'hygiène alimentaire ne savent et ne peuvent influencer.

« On chercherait en vain en effet, dans les observations publiées, un fait où la gastro-entérostomie ait été de propos délibéré, entreprise comme opération, non pas palliative, mais bien curative de cette affection. On a bien, comme Kockwitz (4), pratiqué cette opération pour des rétrécissements non cancéreux du pylore; on a bien, comme Hahn (5) et Billroth (6), opéré de soi-disant cancéreux, chez qui la longue durée de la survie a fini par jeter des doutes sur la justesse du diagnostic; mais je n'ai point trouvé, je le répète, d'observation où, l'obstruction pylorique manquant, la dilatation seule constituât l'indication opératoire.

« Voici bien cependant une observation de Robert Weir (7), où la gastro-entérostomie fut pratiquée sur un estomac dilaté; mais elle fut entreprise dans le but de pallier à une obstruction cicatricielle du pylore. Le succès thérapeutique ne fut que transitoire; la malade se reprit à souffrir comme naguère, bien que la bouche gastro-jéjunale fût certainement restée suffisante. Robert Weir diagnostiqua alors une dilatation partielle de l'estomac et entreprit pour la guérir une gastrorrhaphie à plusieurs étages destinée à rétrécir le ventricule dilaté et à supprimer le cul-de-sac où s'accumulaient les aliments en avant de la bouche gastro-jéjunale. Il réussit à souhait. La gastrorrhaphie avait d'abord été proposée et pratiquée dans le même but, en particulier par Bircher. Mais dans le fait de Bircher, comme dans celui de Weir, il s'agit d'opérations destinées à rétrécir l'estomac dilaté et non pas à évacuer les liquides dilatés ou matières alimentaires accumulées et stagnantes dans les culs-de-sac. Et, si Weir a bien en réalité fait la gastro-entérostomie sur un estomac dilaté, il l'a faite après bien d'autre et non de façon à lutter contre la dilatation. »

M. Jeannel ajoute :

« L'idée de traiter chirurgicalement la dilatation de l'estomac par la *Gastro-entérostomie* est française : elle appartient à M. Marcel Baudouin. Frappé de ce fait que lorsque l'on pratique la cholécystostomie, la vésicule restée fistuleuse finit par se retarder, se contractant sous forme d'un cordon creux et régulièrement cylindrique, même alors qu'elle était autrefois dilatée, M. Baudouin croit pouvoir considérer ce phénomène comme l'application d'une sorte de loi pathologique; il pense qu'il doit en être de tous les réservoirs dilatés, et en particulier de l'estomac, comme de la vésicule dilatée et part de là pour proposer le traitement chirurgical de la dilatation gastrique soit par la gastrostomie temporaire, soit par la *gastro-entérostomie*. Le mot y est; la proposition est formelle : les bénéfices à espérer de l'opération sont nettement prévus. M. Baudouin n'attendait plus que l'occasion propice pour réaliser son projet.

« Entre temps, M. Rémond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse, ayant dans son service d'hôpital un malheureux dilaté, chez qui toutes les armes de l'arsenal de la thérapeutique médicale avaient été usées sans profit, et ignorant, d'ailleurs aussi bien que moi, l'existence de l'article de M. Baudouin, me proposa d'intervenir chirurgicalement chez son malade, qui n'en pouvait plus, soit par la résection d'un lambeau d'estomac, soit par la pyloroplastie, peut-être même par une anastomose. J'acceptai avec empressement; mais je proposai la gastro-entérostomie pratiquée de telle sorte que la bouche gastro-jéjunale soit ouverte dans la portion la plus déclive de la panse stomacale. »

M. Jeannel a fait suivre la publication de son intéressante observation, à laquelle nous renvoyons le lecteur, de quelques considérations cliniques sur la difficulté du diagnostic de la plupart des affections de l'estomac, désormais susceptibles d'être confiées à des chirurgiens. Nous pensons, aujourd'hui plus que jamais, que cet obstacle n'a pas toute l'importance que certains médecins veulent bien lui accorder, se basant sur les dangers un peu imaginaires que, d'après eux, courrait tout laparotomisé. Nous le répétons, quoi qu'on puisse dire : mieux vaut une exploration abdominale inutile qu'une opération différée, si cette opération faite en temps voulu et dans les conditions exigées par la chirurgie contemporaine eût été susceptible de procurer au patient quelques chances de guérison ou de survie notable.

C'est en raisonnant de cette façon qu'on arrête tout progrès notable dans notre art. Assez de barrières factices. Qu'on nous pardonne un rapprochement : Un ministre n'hésite pas à faire tuer des hommes pour des motifs plus futiles! On lui pardonne : c'est moral, parce que cela s'appelle de la Politique. Autres lieux, autre monde, autres mœurs : soit; mais n'abusons pas des meilleures choses. Dans les sciences médicales, on dirait vraiment qu'il est nécessaire d'avoir soixante-dix ans révolus pour ouvrir la bouche, pour oser émettre une idée, qui ne soit pas dans les classiques ! Puis, quand on a reconnu qu'elle était bonne, l'idée, on ne s'empresse que d'une chose : vous la subtiliser immédiatement. Ce n'est pas un crime : c'est de la malice. Panama partout, alors ! M. B.

(1) Baudouin (Marcel). — *Le traitement chirurgical de la dilatation gastrique*; in *Prog. méd.*, 16 juillet 1892, p. 44.

(2) An. de l'article ci-dessus in *The Denver medical Times*. sept. 1892, nº 3, vol. XII, p. 175; — *Centralbl. f. Chir.*, nº 50, p. 1048, 17 déc. 1892, etc.

(3) Jeannel (M.) (de Toulouse). — *De la gastro-entérostomie pour dilatation simple de l'estomac et cancer stomacal*; in *Archives provinciales de Chirurgie*, t. II, nº 1, 1er janvier 1893, p. 29. (4) Kockwitz. — *Deut. Zeit. f. Chir.*, XXV, p. 502, 1887.

(5) Hahn. — *XVIe Congrès des Chir. all.*, 1887.

(6) Billroth. — *Soc. des Méd. de Vienne*, 30 octobre 1890.

(7) R. Weir. — *Gastrorrhaphy for diminishing the size of a dilated stomach*; in *New-York med. Journ.*, vol. L, nº 1, p. 29.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 décembre 1892. — Présidence de M. d'Abbadie.

MM. Bouchard et Charrin. — *Elévations thermiques sous l'influence des infections des produits solubles microbiens.* — Les toxines du bacille du pus bleu sont capables d'élever la température, même de provoquer un ensemble de phénomènes rappelant ce qui a été décrit par Koch sous le nom de réaction. Ces élévations thermiques sont d'autant plus marquées que la dose est plus forte, la culture plus âgée. Elles sont également plus intenses, suivant les milieux de culture; les milieux riches en principes albuminoïdes sont plus favorables. Arnaud et Charrin ont indiqué que les corps spécifiques étaient plus abondants dans ces milieux. Elles sont encore influencées par d'autres conditions. Les tuberculeux sont les personnes chez lesquelles ces accidents acquièrent le maximum; ils se développent cependant chez d'autres malades. La culture filtrée à la bougie agit infiniment moins que si le liquide injecté contient les cadavres des bacilles.

M. R. Sabouraud. — *De la tricophytie chez l'homme.* — L'examen microscopique des cheveux de plus de cent teigneux a montré: 1° que la dimension des spores tricophytiques était identique en tous les points malades d'une même tête, mais différait souvent d'un cas à l'autre; 2° que certains cas présentaient une petite spore (3 μ) et d'autres une grosse spore (2 à 8 μ); 3° que la petite spore n'était pas reliée à un mycélium visible et que ses agglomérations, disposées sans ordre, remplissaient le cheveu et même débordaient son enveloppe pour lui former une sorte de gaine externe; 4° que les grosses spores avaient, au contraire, un mycélium visible et étaient ordonnées en files distinctes dans autant de rameaux mycéliens; enfin que ces rameaux étaient tous inclus dans le cheveu, sans lui constituer de gaine enveloppante. Le cheveu ainsi atteint ressemble au cheveu de la teigne faveuse; 5° que, dans les cas de contagion d'école ou de famille, la spore gardait sur chaque individu contaminé ses mêmes dimensions; 6° que 19 fois sur 20 cas de teigne cliniquement rebelle, ces tricophyties étaient causées par le tricophyton à petites spores.

La statistique des teignes tondantes montre une proportionnalité de 60 teignes à petites spores pour 40 à grosses spores. Les recherches bactériologiques poursuivies simultanément ont confirmé ces différences microscopiques. Le tricophyton à grosses spores fournit sur la gélose au moût de bière une culture d'abord duveteuse et blanche qui devient farineuse et jaune après 15 ou 18 jours. La culture adulte garde sur tous les milieux son aspect aride, poudreux et sa couleur d'un jaune brun pâle. Le tricophyton à petites spores prend un peu plus tard ses caractères de duvet, qu'il garde toujours et sur tous les milieux. Jamais une culture de l'un des deux types n'a pu être ramenée au type opposé. 6 cas de tricophytie de la barbe et 23 cas de tricophytie cutanée des régions glabres se sont montrés sans exception dus au tricophyton à grosses spores. Dans la tricophytie humaine, il n'y a qu'un type, la teigne à grosses spores, qui puisse s'accompagner d'auto-inoculation ou de contagion de tricophytie circinée. La tricophytie à petites spores ne paraît contagieuse que pour les cheveux. Les tricophyties des régions glabres présentent une diversité de parasites très tranchée, bien que leurs cultures se rattachent toutes au type du tricophyton à grosses spores. Plusieurs de ces variétés sont d'origine animale. La tricophytie du cheval avait produit, le plus souvent, la lésion connue sous le nom de folliculite agminée tricophytique. Tous ces types, sauf peut-être le tricophyton à petites spores de l'homme, sont des mucédinées dont la forme de fructification (hyphe sporifère et spore externe) est presque identique à celle des Botrytris. C'est à cette famille qu'il faut se rattacher. L'inoculation sur les régions glabres de l'homme du tricophyton à petites spores ne donne lieu qu'à un érythème léger suivi d'exfoliation et guérissant spontanément. Le tricophyton à grosses spores inoculé sur l'homme provoque la tricophytie circinée commune, quelle que soit son origine. V. Morax.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 janvier 1893. — Présidence de M. Chauveau.

M. Ch. Richet communique le résultat de ses études sur la *physiologie du frisson.* Si l'on abaisse la température d'un chien par un moyen quelconque, par exemple en ralentissant les échanges respiratoires au moyen du chloral, on voit au bout d'un certain temps cette température se relever. C'est alors qu'apparaît le frisson, et il est d'autant plus violent que l'animal se réchauffe plus vite. Pour qu'il y ait réchauffement, un frisson énergique est donc nécessaire et c'est le frisson qui est une des causes de l'augmentation des combustions.

M. Féré, en son nom et au nom de M. Roger, fait connaître les résultats d'une statistique entreprise sur les malades de son service de Bicêtre, sur la *formule urinaire de l'hystérie.* Ils concluent que la formule donnée par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau serait loin d'être constante.

M. Danion a essayé *l'action des courants électriques sur le cerveau et sur la moelle.* Après avoir établi que les courants peuvent agir sur les centres à travers le tégument, il rapporte l'histoire d'un malade atteint d'affection médullaire ancienne avec troubles du centre génital spinal, qui fut très vite amélioré par le traitement électrique.

MM. Kiener et Villard (de Montpellier) envoient une observation de *typhoïde compliquée de granulie.* Il s'agit d'un sujet mort de fièvre typhoïde et qui présentait les lésions intestinales de la fièvre typhoïde, les lésions pulmonaires de la granulie, avec constatation de chaque bacille spécifique. C'est la première fois que l'association de deux affections est rigoureusement établie.

M. Chrétien. — On sait, en clinique, surtout d'après les observations de M. Bouchard, que le dicrotisme exagéré du pouls est un signe précurseur des *hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde.* J'ai observé un cas dans lequel ce phénomène s'est produit quelques heures avant l'hémorrhagie. Il semble qu'il traduise un certain éréthisme du cœur; éréthisme pathologique et relevant d'une première atteinte de myocardite.

M. Morelli (de Buenos-Ayres) adresse une note sur la *recherche des bacilles du Beri-beri.*

M. Christiani (de Genève) a retrouvé chez la souris et le campagnol les *glandules accessoires thyroïdiennes* décrites chez le lapin par M. Gley. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 janvier 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

M. Laboulbène déclare deux vacances: l'une dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Guéneau de Mussy; l'autre dans la section de pathologie, en remplacement de M. Villemin.

M. Pinard présente une malade chez laquelle il a pratiqué une opération nouvelle pour *rétrécissement du bassin, l'ischiopubiotomie.* Cette malade était atteinte d'un rétrécissement oblique ovalaire. Le diamètre promonto-pubien minimum mesurait seulement 8 centimètres et demi. Quatre accouchements antérieurs avaient donné lieu aux plus grandes difficultés. Un seul enfant avait survécu quelques jours. Dans le quatrième accouchement, fait à la Clinique, on avait pratiqué à huit mois l'accouchement prématuré, mais sans pouvoir éviter la procidence du cordon et la mort de l'enfant. Cette femme devint enceinte pour la cinquième fois. La symphyséotomie ne pouvait être utile car il existait une ankylose de l'articulation sacro-iliaque droite. L'opération césarienne était bien dangereuse. M. Farabeuf entreprit alors sur le ca-

davre une série d'expériences et de mensurations d'où résulta que la section de la hanche horizontale du pubis et de la hanche ischiopubienne, faite à 5 centimètres de la ligne médiane, permettrait avec un diamètre promonto-pubien de 8 centimètres 5 de laisser passer non seulement une tête d'enfant normale mais un sixième de plus que le volume ordinaire. Au moment où les douleurs commencent, cette double section fut faite du côté ankylosé. L'opération fut courte et facile ; elle fut un peu laborieuse pour le pubis où le doigt qui passait la scie à chaîne était comprimé et engourdi par la pression de la tête fœtale. Il n'y eut aucune hémorrhagie notable. Après la section, une application de forceps permit d'extraire très facilement un enfant pesant 3 kil. 900. Le contact des sections osseuses fut parfait et il suffit de suturer les parties superficielles sans sutures osseuses. La guérison s'effectua sans autre incident qu'une petite escharre au sacrum due au décubitus dorsal rigoureux qu'on fit observer six jours. La malade put se lever et marcher très rapidement. M. Pinard propose de donner à l'ischiopubiotomie le nom d'opération de Farabeuf.

M. Charpentier lit la première partie d'un mémoire sur les divers modes de *traitement de l'éclampsie* et, en particulier, sur les interventions obstétricales dans cette affection. Dès 1872, M. Charpentier a publié une statistique montrant déjà l'efficacité du chloral alors à ses débuts. Depuis c'est à la généralisation de l'emploi du chloral, ainsi qu'à l'antisepsie, qu'on doit attribuer la diminution survenue dans la mortalité de l'éclampsie. Les interventions obstétricales proposées ont été les unes relativement bénignes, forceps ou version, les autres plus sérieuses. Depaul admettait les incisions sur les bords de l'orifice du col non dilaté. Tarnier, dans quelques cas d'albuminurie interne chez des primipares ou des multipares ayant déjà eu des accès, a songé à l'accouchement prématuré au huitième mois, opération encore admirable. Schweder a proposé l'avortement provoqué. En Allemagne, on a même fait de larges incisions du col, exposant aux déchirures, aux hémorrhagies, des opérations césariennes, des extractions forcées. Les accouchements forcés, même avec l'antisepsie, sont désastreux, quoi qu'en aient pu dire des statistiques plus ou moins violentées, pour la mère et l'enfant. Elles ne doivent être qu'une ressource suprême. D'ailleurs, l'évacuation de l'utérus n'est pas tout dans le traitement de l'éclampsie. Il existe une auto-intoxication que l'évacuation ne supprime pas. Elle ne supprime pas non plus l'albuminurie. Toutes les manœuvres brutales amènent souvent les convulsions et sont mal tolérées. Enfin l'éclampsie qui suit l'accouchement, l'éclampsie *post-partum*, assez fréquente, est loin d'être inoffensive et donne encore 12 0/0 de mortalité.

M. Marêtan (de Marseille), dans un *kyste de l'ovaire* énorme, ayant déjà nécessité vingt-trois ponctions avec des quantités de liquide évacuées variant de 20 à 54 litres, a dû, après l'ablation du kyste, pratiquer une véritable laparotomie de la portion de paroi en excès. La portion de paroi excisée avait, dans ses grands diamètres, soixante et un centimètres en hauteur, trente-deux en largeur. Il fallut faire cent un points de suture. La malade guérit après diverses complications. Contre le collapsus profond qui suivit immédiatement l'intervention, les lavements de champagne eurent une grande utilité. Contre une entérite glaireuse, qui survint au bout de quelques jours, on obtint de bons résultats de lavements au chlorate de potasse.

M. Christojonaki rapporte l'observation d'un nouveau-né qui n'avait pu être ranimé par des aspirations avec le tube laryngien, les insufflations, la respiration artificielle, les frictions avec l'alcool. En saisissant la langue avec une simple pince hémostatique et en exerçant des tractions successives, on put établir la respiration.

A.-F. Plicque.

Asile d'Aliénés.— M. le Dr F. Dubief est nommé directeur de l'Asile de Bron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 janvier 1893. — Présidence de M. Chauvel.

M. Sée cite un cas dans lequel, au cours d'une *orchidopexie*, il lui fut impossible d'abaisser le testicule.

Double opération de Margary pour luxation congénitale double.

M. Quénu. — En juin 1891, j'ai opéré d'un côté, pour une luxation congénitale double, un petit garçon vigoureux. J'ai fait, du côté droit, l'incision de Langenbeck, détaché les muscles trochantériens de leurs insertions inférieures, et malgré cela n'ai pas pu, après avoir évidé le cotyle, replacer la tête fémorale dans sa cavité. J'ai trouvé d'ailleurs un cotyle de forme triangulaire et une tête du fémur allongée, en forme de gland pénien, dont l'axe faisait avec celui du corps de l'os un angle plus ouvert que normalement. Dans ces conditions, je réséquai la tête fémorale; l'enfant guérit très bien de cette opération, qui modifia légèrement la scoliose. En février 1892, ayant trouvé dans ma précédente opération que l'obstacle paraissait siéger surtout au niveau des muscles adducteurs, je fis au cours de mon intervention du côté gauche une large désinsertion de ces muscles, grâce à une incision spéciale. Je rencontrai la même malformation que du côté droit, ne pus la remettre en place et dus encore la réséquer. J'ai obtenu une réelle amélioration ; mais il faut attendre ce que l'avenir me réserve dans ce cas. Je tiens seulement à dire qu'il est difficile, à l'heure actuelle, d'obtenir de bons résultats dans l'opération d'Hoffa.

Trépanation pour abcès du cerveau.

M. Terrillon. — Le 5 mai 1891, j'ai dû opérer un homme atteint d'un abcès du cerveau. L'état général du malade était très grave : il a guéri après trépanation. Voici dans quelles circonstances.

11 ans auparavant cet homme avait eu la grippe, puis des accidents du côté des oreilles. Pendant longtemps, malgré des soins de toutes sortes, il fut prit de douleurs, de vertiges, de tendances à la syncope ; on lui enleva de petits polypes de l'oreille. En 1892, il y eut de l'otorrhée, que des injections boriquées n'arrêtèrent pas. La fièvre survint un beau jour et un orage se déchaîna le 1er mai 1892. En 5 jours, état très grave, coma complet, 40° de température, langue sèche, amaigrissement, etc. Le malade se plaint seulement d'une douleur au-dessus et en arrière de l'oreille droite dans la partie postérieure de la fosse temporale. Croyant à une collection purulente intra-cérébrale, je proposai la trépanation. Après ponction dans le cerveau, je trouvai le pus ; j'incisai l'encéphale au bistouri et nettoyai l'abcès qui fut bourré à la gaze iodoformée. Après quelques jours d'un état peu rassurant, le malade se rétablit.

Des faits de ce genre ont été publiés ; mais ce cas est remarquable par la facilité avec laquelle je suis tombé sur le pus, en me basant sur un seul signe : la douleur locale.

M. Lucas-Championnière. — C'est là une très heureuse intervention qui doit servir de type. La longue durée de l'évolution des accidents est connue en matière de pathologie cérébrale. Au cours de la poursuite du pus dans les profondeurs de l'encéphale, on peut être servi par la bonne ou la mauvaise chance ; il ne faut jamais l'oublier. M. Terrillon aurait pu tomber à côté du foyer et tâtonner longtemps.

M. Delorme présente un nouvel *appareil à doigts mobiles mus par un ressort agissant pour la flexion des doigts dans l'abduction du bras.*

M. Quénu présente une pièce de *grossesse extra-utérine.*

Elections. — Sont nommés *associés étrangers*: MM. Cheever (Boston), M. Saxtorph (Copenhague), M. Socin (Bâle) ; — *Correspondants étrangers* : MM. Martin (Genève) Saxtorph (Sylv.) (Copenhague), de Vlaccos (Mytilène) ; Wier (New-York) ; — *Correspondants nationaux* : MM. Leclerc (Saint-Lô), Dénucé (Bordeaux), Gillé (Provins), Etienne (Toulouse), Févrieh (Nancy), Vincent (Alger).

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 janvier 1893. — Présidence de M. Hallopeau.

M. Labbé, en cedant à M. Hallopeau le fauteuil de la pré-

sidence, fait l'éloge de M. Dujardin-Beaumetz promu récemment au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

M. Hallopeau remercie M. Labbé et ses collègues.

M. Vigier fait une communication sur le *lait humanisé stérilisé*, préparation obtenue en enlevant au lait de vache, au moyen de la levure de bière, la moitié de sa caséine. Ce lait, semblable au lait de femme, rendrait de réels services dans l'alimentation artificielle des nouveau-nés.

M. Bardet lit un mémoire de M. Moncorvo (de Rio-Janeiro) sur l'emploi de l'*Helianthus annuus* contre la fièvre. Cette plante, employée chez des enfants âgés de 1 mois à 12 ans, sous forme d'extrait alcoolique à doses de 1 à 6 gram., aurait amené une modification de la fièvre aussi promptement que la quinine. Un second mémoire de M. Moncorvo, sur l'emploi du bleu de méthylène dans les fièvres paludéennes chez les enfants, constate que ce médicament administré à doses de 0 gr. 50 chez des enfants de 23 jours à 14 ans a donné lieu rapidement à quelques guérisons et à un assez grand nombre d'améliorations. Un seul accident fut une seule fois constaté, le ténesme vésical.

M. Courtade lit une note sur le *traitement des otites suppurées par la raréfaction de l'air faite dans la caisse du tympan en suivant la voie du conduit auditif externe*. Ce traitement palliatif soulagerait rapidement le malade, préviendrait parfois l'infection des cellules mastoïdiennes et serait supérieur au cathétérisme de la trompe d'Eustache suivi d'insufflation.

M. Huchard lit un mémoire sur la *médication alcaline intensive*. Il s'élève de nouveau contre la prétendue cachexie alcaline dont parlaient Hunham et Trousseau. Rappelant les travaux de Chevreul en 1825, qui démontrent que les alcalins activent les combustions, il remarque qu'ils augmentent l'excrétion biliaire et partant peuvent jouer indirectement un rôle antiseptique dans le tube digestif. Il proteste contre la théorie qui prétend que l'emploi des alcalins amène l'hypertrophie glandulaire de l'estomac, c'est le fait de la maladie et non de la médication. Il est convaincu que souvent la dilatation de l'estomac est le dernier degré d'un processus pathologique, comme l'asystolie dans les maladies cardiaques, et que par conséquent l'hypochlorhydrie peut succéder à l'hyperchlorhydrie. Il en conclut à l'utilité indiscutable de l'emploi intensif des alcalins au début des maladies de l'estomac. Dans le diabète, selon M. Huchard, on aurait encore tort de négliger les alcalins qui ont l'avantage : 1° d'activer la nutrition; 2° de prévenir le coma diabétique. Dans les dyspepsies des affections cardiaques, dues pour la plupart, selon M. Huchard, à la goutte, l'alcalinisation intensive donne d'excellents résultats. Il recommande encore cette méthode dans le tabes et les accidents migrainiformes. Enfin, pour les affections cutanées, il croit qu'un certain nombre de dermatoses sont dues à l'acidémie et peuvent s'améliorer par la médication alcaline. Dans tous les cas, la dose doit être de 10, 15, et même 20 grammes.

M. Labbé n'est pas absolument du même avis que M. Huchard, il admet que la cachexie alcaline n'existe pas, mais prétend que l'hypochlorhydrie est plus fréquente que l'hyperchlorhydrie et que, dans ces cas, les alcalins à petites doses excitent la sécrétion du suc gastrique et rendent de bons services.

M. Bardet fait remarquer à M. Huchard que l'alcalinisation complète du bol alimentaire peut empêcher la digestion ; aussi préfère-t-il l'antisepsie intestinale. Il cite encore deux observations dans lesquelles l'usage de la viande à un seul repas, durant le traitement de l'hyperchlorhydrie, l'a ramenée une fois disparue.

M. Beauvais cite des exemples qui confirment l'opinion de M. Huchard sur l'hypertrophie glandulaire constatée dans l'hyperchlorhydrie, sans que l'emploi des alcalins pût être incriminé. Il s'élève toutefois contre la comparaison de la dilatation de l'estomac et l'asystolie (1).

J. Noir.

(1) Dans le compte-rendu de la dernière séance de cette Société, nous avons attribué à M. le Dr Bardet une communication sur l'*hyperchlorhydrie et son traitement* qui appartient à notre distingué confrère le Dr Bovet.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 12 janvier 1892. — Présidence de M. E. Besnier.

A l'occasion du procès-verbal, M. E. Besnier fait remarquer que depuis longtemps déjà, dans ses cliniques à l'hôpital et dans son enseignement écrit (article *Rate* du *Dict. encyclopédique*), il insiste sur l'*hypersplénie dans la syphilis*. Cette augmentation de volume de la rate fait partie des divers accidents de la période secondaire : elle accompagne la fièvre syphilitique et aussi des douleurs du côté gauche de la poitrine, une sorte de pleurodynie qui n'est qu'une splénodynie.

M. E. Vidal présente un malade atteint d'*Hyperkératose cornée généralisée coïncidant avec des arthrites blennorrhagiques : récidive à la suite d'une nouvelle blennorrhagie, trente-deux mois après la première atteinte*. Il s'agit d'un malade qui en est à sa troisième blennorrhagie. Déjà après la deuxième il avait présenté des manifestations cutanées qui se sont reproduites récemment après une troisième chaudepisse. Celle-ci survint au mois de novembre dernier et s'accompagna de conjonctivite purulente et d'arthropathies. La maladie durait depuis un mois lorsque survint l'éruption actuelle qui n'a respecté aucune partie du corps mais qui est surtout prononcée au niveau des extrémités inférieures.

Ce sont des productions cornées, croûtes assez adhérentes et au-dessous desquelles on voit une surface saillante et papillomateuse. Ces lésions, plus accusées aux pieds et aux jambes, simulent absolument aux mains une syphilide palmaire cornée : elles semblent enchâssées dans l'épiderme. Il ne s'agit pas là d'une éruption médicamenteuse, le malade n'ayant pris que du santal, et, en raison de la localisation symétrique, on peut se demander s'il ne faut pas faire intervenir des troubles trophiques sous la dépendance, par exemple, de toxines sécrétées dans une maladie nettement infectieuse.

M. E. Besnier fait remarquer que l'éruption qui avait accompagné la précédente blennorrhagie et qui était en tout semblable, comme l'avait remarqué M. Vidal, n'avait laissé aucune trace. Ces lésions cutanées se sont en effet développées d'une manière aiguë, comme dans les toxidermies, celles qui se montrent à la suite de l'iodure de potassium. Il n'y a pas ici d'autre cause à incriminer que l'auto-infection du malade.

M. Gaucher présente une malade atteinte de *mélanodermie circonscrite*. L'affection a débuté il y a trois ans à la cuisse gauche et elle a envahi la cuisse droite il y a quelques mois. Elle a débuté par une tache isolée qui s'est agrandie irrégulièrement en même temps que d'autres taches apparaissaient. Ces taches sont polycycliques : pâles et un peu rosées au début, elles sont devenues café-au-lait plus au moins foncé. Elle s'accompagnent d'une desquamation furfuracée, en même temps de la pigmentation apparait peu à peu. Il n'y a aucune altération de la sensibilité ; néanmoins ces taches ressemblent à la lèpre maculeuse, si bien que, sans avoir de diagnostic ferme, M. Gaucher pencherait peut-être en faveur de cette hypothèse. A la suite de cette présentation, plusieurs membres émettent les opinions les plus différentes. M. Fournier se demande s'il ne s'agit pas de ces érythèmes tertiaires de la syphilis. M. Du Castel se basant sur l'influence exercée par le système nerveux sur la répartition du pigment cutané penche en faveur d'une névrodermite. M. Vidal croit à une atrophie cutanée au début et M. Besnier émet l'hypothèse que peut-être s'agit-il ici d'un de ces érythèmes trophiques atrophiques encore mal connus.

M. Fournier communique une observation de *gangrène de la vulve*. Il s'agit d'une enfant qui fut prise, en pleine santé, de cette lésion vulvaire connue sous le nom d'herpès vacciniforme de la vulve. Les lésions étaient constituées par de petites pustules en plateau, argentées, gris cendré, ressemblant à de tout petits vésicatoires de la dimension d'une pièce de 20 centimes ou à des pustules de vaccine. La maladie avait commencé, douze jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital, par des rougeurs qui étaient devenues des vésico-pustules. Ces lésions prirent bientôt un aspect vineux, devinrent sphacéliques. Cette gangrène devint elle-même noire, puis

extensive, serpigineuse, envahissant la cuisse et, malgré ces symptômes graves, l'état général restait assez bon. Mort subite, sans que l'autopsie ait pu en donner la raison. M. Fournier insiste sur la gravité possible de cette affection qui doit rentrer dans la classe des maladies infectieuses à étudier.

M. Hallopeau. — *Sur un cas de morphœa alba plana.* — Les plaques de morphée peuvent atteindre des proportions très considérables et former, par exemple, une large ceinture embrassant plus de la moitié du tronc ou un grand collier audevant du cou ; leur régression se caractérise d'abord par la substitution d'un érythème à la plaque indurée et décolorée ; elles finissent comme elles avaient commencé ; cette substitution se fait le plus souvent de la périphérie vers le centre de la plaque ; elle peut commencer également par sa partie médiane ; à cet érythème succède rapidement une pigmentation d'un brun foncé qui pâlit très lentement et peut finir par s'effacer entièrement ; les plaques de morphée s'excorient et s'ulcèrent avec une grande facilité sous l'influence de causes accidentelles insignifiantes : elles laissent à leur suite un amincissement très notable des téguments ; quand il y a ulcération, c'est une cicatrice pigmentée et indébile qui se produit ; le traitement par les bains électriques et la faradisation paraît contribuer efficacement à produire la réduction de ces plaques. Les résultats de l'examen bactériologique sont publiés ultérieurement.

M. Sébileau présente une malade atteinte d'une lésion lupiforme trophique de la jambe sous la dépendance d'un anévrysme cirsoïde de la région du genou. La lésion dermique restait de diagnostic douteux lorsqu'on remarqua cet anévrysme qui tenait sous sa dépendance une élongation du membre, un gonflement variqueux et des troubles trophiques.

M. Feulard présente une première malade atteinte de lichen plan et chez laquelle une éruption de lichen buccal a précédé le lichen du corps ; un enfant de dix-huit mois atteint de syphilis, contaminé par sa mère atteinte d'un chancre du sein après avoir allaité un nourrisson inconnu et, selon toute probabilité, syphilitique. Une troisième malade a été précédemment présentée par M. Feulard comme atteinte de pelade et de vitiligo. Elle est aujourd'hui guérie de sa pelade.

MM. Fournier et Couillaud présentent un malade atteint de maladie de Paget de la région périnéale. Tous les traitements employés ont été préjudiciables au malade. La fuchsine n'a pas été prescrite.

M. Darier qui a fait l'examen histologique de ce cas fait remarquer qu'il a pu faire le diagnostic par l'histologie seule, alors que M. Fournier, de par la clinique, arrivait à la même affirmation de maladie de Paget. Cette affection a donc des caractères cliniques et anatomo-pathologiques bien tranchés. M. Darier a retrouvé les mêmes corps qu'il a précédemment signalés avec M. Wickham dans cette affection et sur la nature desquels (psorospermies ou altérations cellulaires) on peut encore discuter.

M. Page atteint de lichen plan communique son observation à la Société. Soumis au traitement préconisé par M. Jacquet (deux douches par jour, tièdes et de trois minutes de durée), il a vu sous leur influence les phénomènes subjectifs pénibles disparaître, le sommeil revenir, l'éruption s'atténuer.

Depuis un mois, et après quelques semaines de traitement seulement, les démangeaisons ont disparu mais elles tendent à revenir et de même l'éruption tend à reparaître, si les douches ne sont pas prises régulièrement.

M. E. Besnier fait remarquer que cette médication apporte le plus souvent un grand secours aux malades, mais il est des cas où les résultats obtenus n'ont pas été aussi satisfaisants. Cela tient peut-être et telle est l'opinion commune à M. Besnier et à M. Vidal à ce que le lichen n'est pas une affection univoque. Il y a des différences à établir et il faut savoir qu'il y a des cas où le succès doit se produire, d'autres au contraire où l'on échouera.

M. Barthélemy. — J'ai remarqué que si cette médication atténue la démangeaison, elle est sans action sur la durée de l'éruption.

M. Moty présente un malade atteint de *clou de Biskra*. M. Moty a tenté sur lui-même des inoculations et tandis que ces dernières réussissaient lorsqu'il habitait Biskra elles semblent devoir rester stériles alors qu'il est à Paris.

M. Morel-Lavallée communique l'observation d'une malade atteinte *des lésions syphiloïdes de la bouche et de la langue* : herpès symptomatique et herpès fébrile.

Paul Raymond.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 5 janvier 1893. — Présidence de M. Salmon.

Les Présidents : l'un sortant, M. Bordier, l'autre entrant M. Salmon, prononcent les discours d'usage.

A propos de l'envoi d'un travail de M. Closmadeuc qui contient des relevés d'*inscriptions mégalithiques*, M. Letourneau estime et émet le vœu qu'on pourrait, dès maintenant, entreprendre l'étude comparée de ces caractères jusqu'alors indéchiffrés et dont la signification est, sans doute, réelle et le procédé peut-être non arbitraire.

M. G. de Mortillet fait remarquer que la commission des monuments mégalithiques a déjà travaillé et travaille dans ce sens ; que les inscriptions des pierres du Morbihan ont été relevées en nombre considérable et que, jointes à celles qu'on connaît de France et d'Angleterre, elles sont mises à l'étude comparée. M. A. de Mortillet fait espérer à la Société une prochaine communication sur ce sujet. Il en a commencé l'étude, étude qui rencontre d'assez grandes difficultés, surtout en raison de la grossièreté d'exécution des grammes. Il est persuadé que beaucoup de ces inscriptions demeureront indéchiffrables.

M. A. de Mortillet présente et commente un spécimen vivant de *chat sans queue de l'île de Man*. Cette race a été décrite par Darwin déjà, mais assez mal pour faire croire qu'il ne l'a pas vue. La queue de l'animal est remplacée en quelque sorte par une touffe de poils et les représentants de la race ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire. Les estampes et les dessins japonais nombreux en portent l'image qu'on retrouve sur des dessins anciens, prouvant qu'une race de chats sans queue ou à queue de lapin existe au Japon, ainsi que cela résulte également de la bibliographie consultée. Le groupe de l'île de Man ne proviendrait-il pas d'un apport du Japon ?

M. Soffiantini fait une communication sur une *anomalie costo-vertébrale par excès, héréditaire*. L'anomalie a été relevée sur un squelette de femme et de son fœtus et consiste dans le supplément d'une vertèbre dorsale et de deux côtes, élevant le nombre des premières à 13 et celui des côtes à 26. Le savant italien établit la formule rachidienne adoptée comme normale et fait remarquer que, dans certains cas, comme le présent, la nomenclature devient incertaine.

M. Sanson rappelle qu'il a établi un type spécifique d'équidé à rachis diminué d'une vertèbre. Ce qui est important surtout dans les études comparées de ce genre, c'est de déterminer le nombre total des vertèbres. Le nom peut être modifié par le lieu de fixation de la ceinture pelvienne. M. Sanson préfère le qualificatif d'irrégularités à celui d'anomalies qui feraient supposer l'existence d'une loi. Le nombre des vertèbres coccygiennes est très variable chez les animaux, les chevaux par exemple. Ces vertèbres avortent plus ou moins et l'avortement est progressif. Il porte surtout sur les lames vertébrales.

M. Manouvrier constate que la transformation de vertèbre cervicale en dorsale est un fait simple. Il n'y a pas de nomenclature suffisante jusqu'à présent. Souvent, chez les anthropoïdes, il est difficile de distinguer entre les vertèbres lombaires et sacrées. Des vertèbres transformées ainsi et adaptées à d'autres régions peuvent-elles modifier le nombre total. Regalia démontre que le nombre des vertèbres reste toujours le même. Les lames vertébrales des dernières sacrées avortent souvent chez l'homme, et cet avortement se conçoit, les lames ne servant pas à un usage important.

M. Hovelacque a entrepris avec M. Hervé de fort intéressantes études sur l'influence de l'apport anthropologique, *dans le Morvan*, des enfants assistés de la Seine, qualifiés de « petits parisiens. » Scindant la communication de leurs études, MM. Hovelacque et Hervé exposent aujourd'hui le résultat de leurs *mensurations crâniologiques*. Dès l'abord, une remarque générale se dégage : la race devient de plus en plus homogène

au fur et à mesure qu'on s'élève du Morvan périphérique vers le haut Morvan, dont l'altitude atteint 600 mètres. Cette homogénéité s'accuse dans le crâne, la taille et les autres caractères anthropoliques dont il sera question plus tard. Sur 300 crânes qui ont servi de matériaux d'études, 72 provenaient, appartenant à la région de Saint-Léger de Fougeraies, du Muséum. Ils ont fourni, ainsi que ceux de Chiddes (40 pièces), d'Arleux (15 pièces), de Fretoy (35 pièces), de Château-Chinon, de Moup, etc., la preuve du fait que la race devient de plus en plus homogène en pénétrant dans le haut Morvan. A Chiddes, il y a prédominance de crânes courts ; à Arleux, un seul crâne est franchement allongé ; à Fretoy, la grande majorité est représentée par des crânes courts ; à Moup, le crâne des ossuaires est d'une homogénéité presque absolue ; c'est le crâne morvandieau. L'indice moyen du crâne morvandieau type est de 85, celui du savoyard étant de 85,4 et celui de l'auvergnat 84. Un second caractère distinctif est la hauteur du crâne : indice 74. L'indice frontal, c'est-à-dire le rapport du diamètre frontal supérieur, et de l'inférieur se trouve être de 79 pour le crâne court, tandis qu'il est de 82-84 pour le crâne allongé. Chez les premiers brachycéphales, la face est un peu plus courte que chez les crânes allongés. Dans les crânes courts, les orbites sont plus arrondies que dans les crânes allongés. La moyenne de l'indice orbitaire chez les premiers est de 86,5, tandis qu'il est de 89 chez les auvergnats, de 82 chez les Kimris et de 82,4 chez les Mérovingiens. Chez le vrai morvandieau, l'indice nasal est de 47,7, c'est-à-dire une leptorhynie assez accusée et de plus en plus accusée avec la brachycéphalie du crâne. Ce crâne type, contrairement à ce qui existe chez le Kimri, n'a pas de prognathisme marqué. La race homogène du centre du Morvan, race type, a le crâne globuleux. La race Kimri, à tête allongée, a pénétré, il est vrai, dans le Morvan, mais elle n'a pu exercer une grande influence dans le haut Morvan, à cause des difficultés de milieu vital. Il en est de même des races d'animaux domestiques. Très résistante, la race morvandaise, brachycéphale, n'a pas donné prise considérable à la race des intrus, dolichocéphale. G. CAPUS.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — Nouveau traitement de la pneumonie croupale; par le Dr TORQUATO LEGNANI. — Napoli, 1892.

II. — Ueber Salophen und dessen therapeutische Verwendung; par le Dr J. FÖRLICH. Extrait du *Wien. med. Woch*,, 1892.

III. — The uses of fever heat ; the occasional dangers of antipyretics in typhoïd fever; par le Dr MUSSER. — Philadelphie, 1892.

IV. — The Limitations and the powers of therapeutics ; par le Dr MUSSER, 1892.

V. — Menthol camphré dans les affections catarrhales ; par le Dr SETH SCOTT BISHOP. — Saint-Louis, 1891.

VI — Traitement du furoncle et de l'anthrax; par le Dr ALISON. — Paris, 1891.

VII. — Ichthyol dans les maladies des femmes; par le Dr KURZ. — Leipzig, 1891.

VIII. — Ichthyol dans les maladies des femmes ; par le Dr KOTSCHAN. — Leipzig, 1891.

IX. — Ichthyol, a contribution to its therapeutics ; par le Dr CRANSTOUN CHARLES. — Londres, 1891.

X — Le pental comme anesthésique; par le Dr HOLLAENDER. — Berlin, 1891.

XI. — Emploi thérapeutique du trional et du tétronal; par le Dr SCHAFFER. — Berlin, 1892.

I. — Le traitement expérimenté par le Dr Legnani repose sur cette hypothèse, que la coagulation sanguine se fait dans le cœur, pendant le cours de la pneumonie, et que cette coagulation est due à la perte du chlorure de sodium du sang, puisqu'une grande quantité de chlorures est rendue dans les urines. Aussi, l'auteur est arrivé à cette conclusion thérapeutique, qu'il faut injecter dans le sang des pneumoniques une solution de chlorure de sodium. Or, à cet effet, il prépare une solution contenant pour 400 grammes d'eau, 3 grammes de chlorure de sodium et 2 grammes de bicarbonate de soude. Après avoir pris toutes les précautions d'antisepsie et d'asepsie, il injecte dans la veine du malade 150 ou 200 centimètres cubes de cette solution. Dans une observation qu'il rapporte, la guérison a eu lieu, après l'emploi répété de ce traitement, au bout de cinq jours.

II. — Le salophen a été découvert par Hepelbach en 1890. Srebel et Goldoman en ont donné la formule :



$$C^6 H^4 < \begin{matrix} OH \\ COOC^6 H^4N \end{matrix} < \begin{matrix} H \\ COC H^3 \end{matrix}$$

C'est un salicylate d'acéthylparamidophénol. Il se présente sous la forme de cristaux blancs, petits, insolubles dans l'eau, mais solubles dans l'alcool et l'éther. La dose mortelle chez les animaux est de 7 ou 8 gr. par kilogr. d'animal. Ce corps est employé comme succédané du salol ; en dehors de son action antiseptique, il est de plus antiseptique. Guttman l'a employé dans le rhumatisme chronique, dans la cystite et la névralgie faciale, à la dose de 8 gr., 2 fois par jour. Son emploi aurait donné des résultats réels.

III. — Pour l'auteur, la fièvre est un phénomène physiologique des maladies, ayant une utilité réelle sur la marche de l'affection ? Aussi redoute-t-il l'action des antipyrétiques et plus particulièrement dans le dernier stade de la fièvre typhoïde. Lorsque le processus typhique a cessé il se manifeste parfois, dit-il, une élévation de température qui n'est due qu'à ce qu'on laisse le malade au lit et à l'absence de nourriture. Dans ces cas, l'emploi de la quinine serait dangereux. La cessation de la diète et du décubitus dorsal fera cesser les symptômes fébriles.

IV. — L'action des agents thérapeutiques est limitée à trois cas : 1° Dans le traitement des maladies fonctionnelles ; 2° Dans celui des maladies infectieuses spécifiques ; 3° Dans celui des processus morbides généraux (fièvre, désordres du sang, rachitisme, etc.). Dans la plupart des cas, l'action du médecin se limite à l'hygiène bien entendue à ordonner au malade.

V. — Le mélange de menthol et de camphre forme un liquide clair, huileux. L'auteur l'emploie avec succès dans les affections catarrhales du nez et de la gorge. Il utilise pour cela une solution de menthol dans la lanoline (huile de vaseline) au 1/4. Le Dr Bishop dit avoir obtenu de bons résultats de l'application de ce mélange sur la muqueuse hypertrophiée des cornets et d'avoir ainsi empêché des opérations, ainsi que dans l'ozène, le catarrhe chronique de la gorge. Il cite à l'appui un certain nombre d'observations.

VI. — Le traitement consiste dans l'emploi de l'acide borique *intus et extra*.

VII. — L'auteur recommande l'emploi de l'ichthyol en applications dans la cavité utérine, dans la plupart des affections de cet organe et de ses annexes.

VIII. — Il en est de même du Dr Kötschan, qui expose les bienfaits de l'ichthyol dans une conférence.

IX.— Le Dr Cranstoun Charles n'emploie pas l'ichthyol seulement en gynécologie. Oh mais non ! L'utilité du goudron de poisson se fait sentir dans les maladies de peau (brûlures, érythèmes, herpès zoster, eczéma, acné, sycosis du menton, psoriasis, pityriasis capitis, prurigo sénile, furoncles, érysipèle) ; dans les affections douloureuses diathésiques (rhumatisme, goutte, névralgies) ; dans les contusions, et enfin dans les catarrhes de toutes les muqueuses (nez, estomac, vessie). On l'ordonne à l'extérieur et à l'intérieur en même temps ; et on *sent* très rapidement se produire l'influence heureuse de ce médicament.

X. — Le pental est un triméthyléthyle d'isoamylène. On l'emploie pour l'anesthésie générale. La narcose a lieu en 50 à 90 secondes.

XI. — Ces deux médicaments sont employés dans les affections nerveuses et mentales. On les ordonne à la dose de 0,50 centigr. à 4 gr. et même jusqu'à 8 grammes. Ces deux substances sont des succédanés de l'opium et de l'hyoscine. Elles sont indiquées dans les différents troubles psychiques (mélancolie, neurasthénie, manie, épilepsie, etc.), dans l'insomnie, dans l'ataxie avec douleurs fulgurantes, etc. A. R.

CORRESPONDANCE

La Loi militaire et les Etudes médicales.

Paris, 29 décembre 1892.

Monsieur le Rédacteur,

Nous sommes étonnés de vous voir, dans le dernier numéro du *Progrès médical*, présenter l'Association comme adversaire de la campagne entreprise par vous au sujet de la loi militaire. Parlant sans doute de la motion sur la limite d'âge pour l'Internat, qui a été adoptée sur notre proposition, vous dites « que nous nous vantions d'avoir paré à tous les inconvénients. »

Permettez-moi de vous assurer que jamais nous n'avons eu cette pensée. Nous considérons la question de la limite d'âge pour l'Internat et celle de la loi militaire comme complètemen distinctes. Ayant obtenu satisfaction sur le premier point, nous avons fait tous nos efforts pour obtenir gain de cause sur le second, et nous sommes bien décidés à ne pas abandonner la partie. La Faculté vient d'appuyer nos demandes de sa haute autorité; nous lui en sommes vivement reconnaissants et disposés à suivre les indications que nous donneront nos maîtres. Nous sommes persuadés que vous changerez maintenant votre opinion sur nous, et nous vous prions de recevoir l'assurance de notre respect.

Paul TISSIER,
Président de la section de Médecine.

Mon cher Collègue,

Je lis dans l'*Annuaire* 1892-1893 *de l'Association générale des Etudiants de Paris* (Siège social, Paris, p. 23) :

« En même temps, l'Association se préoccupait de la question de l'Internat en médecine. *Sur sa demande* (1), le Conseil supérieur de l'Assistance publique voulut bien rapporter sa décision au sujet de la limite d'âge de l'Internat... »

Or, qui a commencé cette campagne dans la Presse? Tout le monde le sait, même à l'*Association générale des Etudiants* (2).

Vous considérez « la question de la limite d'âge pour l'Internat et celle de la loi militaire comme complètement distinctes. » C'est une opinion et votre droit. J'ai considéré, dès 1889, deux questions comme intimement liées. Depuis trois ans, je n'ai pas changé d'opinion, quoi qu'ait pu obtenir, en 1892, l'Association générale des Etudiants, dont, bien entendu, je n'ai pas, dans les Ministères et ailleurs la haute influence. En 1893, je ne changerai pas d'avis. J'ai répété vingt fois pour quelles raisons. Inutile d'insister : Nous ne pourrions nous entendre.

Je comprends que vous soyez « bien décidés à ne pas abandonner la partie. » Je vous approuve fort, d'autant plus qu'à l'heure actuelle tous les atouts sont dans votre jeu. De mon côté, je continue à jouer, et sans le moindre roitelet en main. Honneur au courage malheureux ! Mais ne confondons pas : Chose curieuse, il nous semble aussi, à nous autres, au *Progrès médical* (3), que désormais « la Faculté vient d'appuyer nos demandes ! » *All right*...

Bien vôtre, mon cher Collègue. Marcel BAUDOUIN, journaliste.

Les Egouts à Londres.

Paris, le 15 décembre 1892.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Les questions d'hygiène étant à l'ordre du jour, permettez-moi de vous demander l'hospitalité pour les renseignements suivants sur les égouts de Londres.

Londres est une des villes où se pratique le tout à l'égout. Elle se place au premier rang par son immense réseau d'égouts (sewers) et les grands travaux accomplis pour en purifier le contenu avant de le laisser tomber dans la Tamise.

Ces égouts construits de 1860 à 1873, sous la direction de Sir Joseph Bazalgette, ont coûté environ 165 millione de francs (6.500.000 £).

De grands (4) canaux collecteurs souterrains se trouvent sur les deux rives de la Tamise. Après avoir reçu le débit d'autres égouts d'un diamètre inférieur, c'est-à-dire toutes les autres branches du réseau, ces collecteurs suivent le fleuve et s'arrêtent à environ 28 kilomètres (15 milles anglais), en un point de la Tamise maritime où la largeur est d'environ 700 mètres. C'est Barking Creek sur la rive gauche pour les collecteurs du nord, et Crossness sur l'autre rive vis-à-vis de Barking pour les collecteurs de la partie sud, d'une importance moindre (1). De plus, on a entrepris la construction sur chaque rive de la Tamise d'un autre grand collecteur pour éviter le trop-plein des égouts et le débordement des eaux en temps d'orage.

En général ces égouts ne sont pas accessibles à l'homme. La progression des liquides s'y fait grâce aux pentes spécialement ménagées dans ce but ; cependant pour certains conduits où ces pentes ne sont pas assez prononcées, des pompes à vapeur aspirantes aident à l'écoulement et empêchent ainsl les obstructions.

Cette canalisation reçoit toutes les déjections de la ville : les eaux de pluie, les eaux de lavage et d'arrosage des chaussées, les produits des water-closets, toutes les matières de vidange, etc. — Seules les ordures ménagères solides (house-refuse) ne vont pas à l'égout. On les dépose en dehors des maisons dans des cavités à ce ménagées, creusées sous les trottoirs (2). Plusieurs fois par semaine (2 ou 3 fois selon l'importance des maisons) ces déchets sont enlevés par les soins des paroisses (3) (vestries) qui les font brûler, transporter à la mer ou enfin utiliser comme engrais.

A Barking ainsi qu'à Crossness, endroits où aboutissent les collecteurs, se trouvent de grandes installations pour désinfecter les eaux d'égout (sewage) avant de les déverser dans la Tamise. L'installation de Barking fonctionne depuis environ deux ans, celle de Crossness depuis cinq mois seulement.

La base du procédé que nous allons décrire est de précipiter par la chaux et le sulfate de fer le produit des égouts.

Sir Joseph Bazalgette et M. Dibdin, le chimiste en chef du « London County council », ont été les premiers promoteurs du procédé en 1883. — Ce dernier en collaboration avec le Dr Dupré a introduit une innovation consistant à employer la solution claire de chaux au lieu du lait de chaux (milk of lime). Il se base sur ce principe de chimie que les particules dissoutes seules agissent. Grâce à cet emploi de la solution claire de chaux on arrive à réaliser une importante économie sur la quantité. La station de Barking ne consomme plus aujourd'hui qu'environ 39 tonnes de chaux par jour pour traiter plus de 473 mille mètres cubes d'eaux d'égout. Voici en deux mots le procédé employé :

Les eaux chargées de matières excrémentielles, etc., arrivent au débouché des collecteurs, passent à travers des grillages en fer dont le but est de retenir les matériaux solides un peu volumineux. Ces matériaux, dont la quantité atteint environ 100 tonnes par semaine, sont mélangés avec du charbon et brûlés dans des fourneaux spéciaux. A ce que nous a dit le directeur des travaux à Barking, si on ne les emploie pas comme engrais, c'est qu'après de nombreux essais on a trouvé qu'ils se décomposaient trop lentement.

Les eaux après avoir passé les grillages, arrivent à un endroit appelé « limingstation » où elles sont traitées par l'eau de chaux et le sulfate de fer.

Après avoir reçu ce mélange, les eaux noires se rendent dans des bassins longs de 305 mètres, larges de 9m 60 et profonds de 4m60. — Grâce à la faible inclinaison (1 pied) de ces bassins et à un système spécial de vannes et de barrages, elles y cheminent à la vitesse de 3 pieds (0m915) seulement par minute, ce qui facilite la sédimentation par la double action de la pesanteur et du mélange réactif. La chaux précipite les matières en suspension en y englobant une partie de celles qui sont dissoutes. Le sulfate de fer aide encore à cette précipitation, agit comme désinfectant et se réduit à l'état de

(1) C'est nous qui soulignons.
(2) *Progrès médical*, 1889, 2e sem., p. 607.
(3) Voir la collection du Journal.
(4) Les plus grands ont environ 3m10 de diamètre.

(1) Crossness est environ les 3/4 de Barking comme importance.
(2) On sait en effet que les maisons, à Londres, sont généralement separées des trottoirs par une espèce de fossé sur lequel s'ouvrent ces réservoirs a ordures.
(3) Les paroisses remplacent ici les arrondissements.

sulfate de peroxyde de fer. A la station de Barking on emploie environ 8 tonnes et quart par jour de sulfate de fer.

La précipitation est opérée et l'eau arrive à la hauteur de 2m75 (9 pieds). Alors sa couche supérieure devenue claire passe par décantation par-dessus les barrages de l'extrémité des bassins et continue sa route pour se jeter dans le fleuve. Environ 105 millions de gallons (472 mille mètres cubes 1/2) par jour se déversent dans la Tamise de Barking et 80 millions (360 mille mètres cubes) de Crossness (1).

Dans un corps de bâtiment spécial des niveaux numérotés en rapport avec les bassins y indiquent le niveau de l'eau et des sortes de clefs permettent de manœuvrer les barrages hydrauliques.

J'ai remarqué, à l'endroit du fleuve où se jettent les eaux clarifiées, les débris d'une vieille barque contenant les restes d'un fourneau. On y rattache une anecdote assez plaisante. A l'époque où les eaux d'égout se jetaient telles quelles dans le fleuve elles y produisaient en ce point une abondante écume très riche en matières grasses. Il était impossible à l'esprit anglais, éminemment pratique, de ne pas remarquer cette ressource ; et un pauvre homme s'empressa de disputer à l'écume la graisse qu'elle contenait. Cette petite industrie lui permettait de gagner ainsi sa vie.

Mais revenons au sujet. Les résidus fangeux encore liquides déposés dans les bassins sont conduits à travers des grillages de fer plus étroits que les premiers et, après y avoir laissé les quelques matériaux solides qui auraient pu se former ou rester, tombent dans une grande citerne où ils séjournent pendant douze heures dans un repos absolu et laissent par sédimentation environ le tiers de leur volume.

La couche supérieure d'eau encore noire et nuisible est reprise par une pompe qui la retourne de nouveau à la « liming station » où elle sert à faire l'eau de chaux. Quant au dépôt fangeux (sludge), on le refoule à l'aide de pompes à vapeur dans de grands conduits qui le déversent dans des bateaux spéciaux. De là on le transporte à la mer, à une distance de 50 milles (environ 93 kilomètres) de Londres. A ce moment, le dépôt fangeux est encore semi-liquide et contient une grande quantité d'eau, mais il devient plus économique de le transporter à la mer que de le débarrasser du restant d'eau.

A la station de Barking il y a 5 bateaux pour faire le service de transport du sludge. Chaque semaine et à tour de rôle un de ces bateaux cesse le travail et on s'occupe de le repeindre et d'y faire les réparations nécessitées par le service. Ce qui réduit à 4 en réalité le nombre de bateaux fonctionnant. Chaque bateau contient 1.000 tonnes de sludge. On en transporte environ 40.000 tonnes par semaine à la mer. Depuis le commencement de cette année on a transporté environ un million de tonnes.

Au-dessous du réservoir mentionné plus haut où l'on enferme les eaux pendant 12 heures, se trouve encore une citerne ventilée pour contenir le sludge en attendant qu'on puisse le transporter à la mer, en cas où il y ait eu un grand surcroît dans l'afflux des eaux ou que les bateaux soient retardés dans leur service par les brouillards, comme c'est arrivé par exemple le jour de ma visite, circonstance qui m'a empêché de voir les bateaux.

En général le maximum de débit a lieu en ville entre 10 heures à midi et 2 heures après midi et ce surcroît d'afflux se fait ressentir à Barking 4 heures après.

La journée de 8 heures est en vigueur dans ces usines, et la santé des 210 hommes qui y travaillent paraît être satisfaisante. Les ouvriers sont divisés en trois groupes. Le premier commence à 6 heures du matin pour finir à 2 heures après midi, le second de 2 heures après midi à 10 heures après midi, et le troisième de 10 heures après midi à 6 heures du matin. Ceci permet la non-interruption du travail. Les hommes occupés à manier la chaux sont munis d'une espèce de masque protecteur placé au-devant de la bouche, qui prévient l'irritation des voies respiratoires par la poussière de chaux.

Les pompes et les machines à vapeur sont doubles pour éviter encore en cas d'avarie toute cause d'interruption du travail.

Les frais d'installation première se sont élevés à 20 millions et demi de francs environ (£ 800.000) et la dépense annuelle atteint 3.030.000 francs (120.000 £).

On considère à Londres comme incontestables les bons résultats de ce procédé. Un changement favorable s'est manifesté pendant cet été dans le fleuve et le Dr Murphey du « London County Council » ainsi que le directeur des travaux à Barking m'ont affirmé que l'on commençait à trouver des poissons en aval de Londres après leur disparition depuis environ 10 ans.

Du reste on considère généralement en pratique que les quelques matières organiques et la faible portion de particules qui peuvent rester dissoutes dans des eaux d'égout clarifiées, traitées comme nous l'avons vu plus haut et tombant dans des eaux courantes comme celles de la Tamise, sont détruites par les infusoires et les bactéries banales.

De plus ces eaux s'écoulent comme il a été dit plus haut à environ 28 kilomètres de Londres à l'embouchure du fleuve fortement sujet en ce point au mouvement des marées.

On peut donc considérer cette solution de la question des égouts de Londres comme satisfaisante. Cependant avant de laisser tomber l'eau clarifiée dans la Tamise, on veut encore la filtrer. Assurément ce ne serait que mieux encore, mais ici s'agite la question économique et l'on fait actuellement des essais dans ce sens. Alfred EID.

A propos d'une formule.

Mon cher Rédacteur en chef,

Le dernier numéro du *Progrès médical* (p. 21) reproduit, d'après l'*Union médicale*, la formule d'une potion qui serait prescrite dans la broncho-pneumonie des enfants par un Dr Sevestre. Comme je crois être, en France au moins, le seul médecin portant ce nom et comme, en tous cas, on pourrait m'attribuer la paternité de cette formule, je vous demande la permission de protester. Je ne sais si un médecin d'enfants a jamais songé à donner 75 centigrammes de kermès ; en tout cas ce n'est pas moi et j'avoue qu'il m'est bien rarement arrivé de prescrire ce médicament aux enfants, même à petite dose. Je donne souvent, au contraire, le benzoate de soude, mais à la dose de 50 centigrammes, 1 gramme, ou quelquefois 2 grammes, au maximum. Je ne dirai rien de l'eau de laurier-cerise (3 gr.), ni du julep gommeux (84 gr.), mais je ne veux pas terminer cependant sans faire remarquer la singularité de cette formule dans laquelle, par une promiscuité au moins étrange, les grammes se trouvent associés aux minimes et aux onces (sans scrupules !) (1).

Veuillez agréer, etc... A. SEVESTRE,

Médecin de l'hôpital Trousseau.

BIBLIOGRAPHIE

Vade-mecum du médecin-expert ; par A. LACASSAGNE, professeur de médecine légale à l'Université de Lyon. — 1 vol. de 272 p., Lyon (chez Storck), Paris (chez Masson), 1892.

Voilà un petit livre très gentiment édité qui est appelé à un grand succès, non seulement auprès des médecins légistes, des magistrats et des avocats, mais de tous les médecins praticiens chaque jour exposés, qu'ils le veuillent ou non, à faire œuvre d'expert. Chaque médecin peut en effet être commis par un magistrat d'une façon pour ainsi dire inopinée, et si expérimenté qu'il soit en clinique ou en connaissances théoriques il peut être bien embarrassé pour rendre un service sérieux à la justice, dans un cas de suicide, ou d'homicide, ou d'aliénation mentale, ou dans les autres cas si nombreux de la médecine légale. Or, si les traités classiques relatifs à cet « ensemble des connaissances médicales appliquées aux questions de droit » sont très précieux pour apprendre la façon dont le médecin doit apprécier les questions qui lui sont soumises, les étudier et en tirer la conclusion, le vade-mecum de M. le Pr Lacassagne en est le complément très utile par l'avantage qu'il présente de proposer des formules uniformes pour la rédaction des rapports. Grâce à cette uniformité, on peut toujours s'orienter dans ses

(1) La moyenne journalière des eaux d'égout, à Paris, est de 455,000 mètres cubes.

(1) Cela tient simplement à ce que l'on a imprimé *gramme*, au lieu de *gr.*, ce qui était dans le manuscrit et voulait dire *grain*.

recherches, éviter que les différents objets soient confondus et arriver à une exposition dans laquelle les faits soient toujours distincts de l'opinion et des conclusions de l'expert. Ces formules, dont le livre abonde, constituent de véritables feuilles d'observations médico-légales ; le médecin n'a qu'à les suivre dans les différents cas de la pratique ; si peu expert qu'il soit, ces feuilles le guideront très sûrement et le forceront à ne rien omettre d'essentiel.

Ce guide médico-légal est divisé en quatre parties. Après l'exposé des renseignements généraux pouvant être appliqués dans toute expertise (renseignements sur l'âge, la marche de l'ossification, l'entomologie, etc...), l'auteur donne les formules pour l'examen médico-légal d'une empreinte, de taches de sang, de taches de sperme. Dans un chapitre spécial on trouve un plan sommaire pour l'examen d'un aliéné. Dans la partie suivante, M. le Pr Lacassagne traite les attentats contre la personne, et, à ce propos, il donne une dizaine de feuilles d'observations pour les cas les plus variés (enfant victime de sévices, égorgement, précipitation d'un lieu élevé, mort par le froid, etc...). Dans la troisième partie, on trouve toutes les formules relatives à l'instinct sexuel et aux fonctions de reproduction (impuissance, attentat à la pudeur, etc...).

La dernière partie est consacrée à l'étude des droits et obligations du médecin dans la société et devant la justice ; un chapitre supplémentaire contient des considérations sur les expertises en général.

On voit donc que le médecin trouvera dans le vade-mecum de M. le Pr Lacassagne un excellent guide pour conduire et mener à bonne fin une expertise médico-légale.

J. Roubinovitch.

Le pneumothorax ; par le Pr L. Galliard, médecin des hôpitaux. Vol. in-16, Bibliothèque médicale Charcot-Debove. —Rueff, 1892.

M. Galliard a écrit une micrographie très complète du pneumothorax. C'est un ouvrage clair, judicieusement divisé, où trouvent place toutes les notions récemment acquises sur le sujet. L'auteur s'est particulièrement proposé de redresser dans l'esprit des médecins une opinion erronée à laquelle les expose un souvenir trop exclusif de la pratique hospitalière.

« Ce que nous observons généralement à l'hôpital, c'est l'hydro-pneumothorax, c'est le pyo-pneumothorax, et cela chez les phtisiques. Il en résulte deux choses : d'abord que nous n'avons guère d'oreilles que pour les pneumothorax *à grand orchestre* ;... ensuite que dans notre esprit résident volontiers ces deux formules très simples : 1° Pneumothorax = tuberculose ; 2° Pneumothorax = mort à bref délai... Je voudrais montrer que souvent le pneumothorax est affranchi de toute relation avec la tuberculose. Je voudrais rappeler qu'à côté des pneumothorax « amusants », il y en a d'autres... comment dirai-je...? *plus sévères*, qui ont droit aussi bien à tous nos égards. Je voudrais mettre en pleine lumière la série très importante et trop mal connue des pneumothorax curables, lesquels existent même chez les tuberculeux. Tout en obéissant à ces préoccupations, je m'efforcerai de tracer, sans imiter servilement les classiques, l'histoire complète du pneumothorax. » Tels sont les principaux points du programme que M. Galliard s'est proposé et qu'il a d'ailleurs consciencieusement rempli.

La partie la plus développée a trait au tableau clinique des principales variétés des pneumothorax non traumatiques. Le pneumothorax des grands emphysémateux, rare, est mortel dans les 2/3 des cas, il est toujours simple. Le pneumothorax survenant chez des sujets sains en apparence, soit sans cause appréciable, soit à la suite d'un effort, est toujours le résultat d'un emphysème latent ; il est relativement bénin : 3 morts contre 34 guérisons. Une troisième forme : le pneumothorax des pneumoniques et des broncho-pneumoniques, est peu connue, elle est généralement grave. Viennent ensuite les pneumothorax par gangrène pulmonaire, celui des pleurétiques aigus, le pneumothorax par vomique, celui des tuberculeux, dont l'auteur, se plaçant à un point de vue pratique, distingue trois variétés : celle qui tue rapidement, celle qui tue lentement, celle qui guérit ; enfin, le pneumothorax des enfants. Le traitement d'urgence, médical ou chirurgical, et le traitement de la période de tolérance, variable suivant qu'il s'agit d'un épanchement gazeux, d'un hydro-pneumothorax, d'un pyo-pneumothorax non fétide ou fétide, sont nettement formulés, conformément aux conclusions des recherches les plus récentes de Netter, Merklen, etc.

L. H.

Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses ; par le Dr P. Blocq. (Bibliothèque Charcot-Debove. Paris, Rueff et Cie, édit., 1892.

Parmi les nombreux désordres fonctionnels qui représentent le plus souvent les manifestations symptomatiques des maladies du système nerveux, les troubles de la marche occupent un rang à part qu'ils doivent autant à leur fréquence qu'à leur intérêt séméiologique. Aussi l'étude d'ensemble à laquelle s'est livré M. P. Blocq, à qui nous devions déjà la description de l'astasie-abasie, est-elle d'un grand intérêt. Il commence par étudier la marche normale, d'abord au point de vue de la physiologie (mouvements des membres dans les états d'appui et de propulsion, d'oscillation et d'appui, mouvements du tronc verticaux et horizontaux, dont la résultante est la translation du corps en avant), puis, au point de vue de la psycho-physiologie, la marche rentrant dans la catégorie des actions automatiques secondaires.

Après avoir passé en revue les différentes maladies du système nerveux qui causent des troubles de la marche, l'auteur arrive à l'exposé de la pathogénie, qui constitue l'un des principaux chapitres du volume. Les fonctions du système nerveux se réduisant en dernière analyse à quatre qui sont la motilité, la sensibilité, l'intelligence et la trophicité, il en résulte que les *dysbasies* peuvent être distinguées en motrices, sensitives, psychiques et trophiques. D'un autre côté la fonction pouvant être abolie, troublée, exagérée, il en dérive trois catégories distinctes dans chacune de ces quatre grandes classes. Il y a donc des *dysbasies motrices* qui peuvent être *akinétiques* (paralysies), *parakinétiques* (convulsions), *hyperkinétiques* (tendance spasmodique, état spasmodique, contractures) ; — des *dysbasies sensitives* qui sont *anesthésiques* (marche ataxique) ou *paresthésiques* (marche titubante) ou *hyperesthésiques* ; — des *dysbasies psychiques*, tantôt *afonctionnelles* (astasie-abasie de P. Blocq, constituant une akinésie psychique systématisée), tantôt *parafonctionnelles* (abasie amnésique de Séglas et Sollier, astasie-abasie émotive de Séglas, ananabasie de Régis, ces deux dernières comprises par M. Blocq sous l'épithète de dysbasie aboulique) ou *hyperfonctionnelles* (automatismes ambulatoires) ; — enfin viennent les *dysbasies trophiques*, tantôt *atrophiques* (atrophies musculaires) ou *paratrophiques* (dystrophies musculaires, arthropathies, maladie de Parkinson) ou *hypertrophiques* (maladie de Thomsen).

Les chapitres suivants ont trait à la technique de l'examen clinique et à la description des troubles de la marche. La marche pathologique doit d'abord être divisée en unilatérale ou bilatérale, selon que l'un ou les deux membres inférieurs sont en cause ; dans la marche bilatérale il faut distinguer les cas où elle est rectiligne ou titubante. Enfin, dans ces trois groupes, il faut noter le caractère spasmodique ou non de la progression. La marche unilatérale non spasmodique peut revêtir le type douloureux (sciatique) ou le type paralytique (paralysies partielles telle que celle du sciatique poplité externe, paralysie infantile ou paralysie totale flasque avec démarche helcopode comme dans l'hémiplégie hystérique) ; la marche unilatérale spasmodique est celle que l'on désigne aussi sous le nom de marche en fauchant ou marche hélicopode (dégénérations descendantes du faisceau pyramidal de causes diverses). La marche bilatérale rectiligne, lorsqu'elle n'a pas de caractère spasmodique, peut revêtir le type paraplégique (chorée molle, polynévrite, myélite diffuse), ou le type de flexion dit aussi type du stepper (pseudo-tabes), ou le type ataxique. Lorsqu'elle revêt le caractère spasmodique et s'il s'agit d'un spasme tonique, elle peut affecter le type paraplégique, myotonique (M. de Thomsen) parkinsonien ; s'il s'agit d'un spasme choréique, le type saltatoire, choréique, athétosique. Un groupe intermédiaire aux deux précédents est constitué par la marche abasique qui peut être, selon les cas, ou paralytique, ou ataxiforme, ou choréiforme, ou spasmodique. La marche bilatérale titubante peut être également non spasmodique (affections du lobe frontal, du cerveau, du vermis inférieur, vertige de Ménière), ou spasmodique (sclérose en plaques). Enfin, à côté de ces types purs de démarche, tels

que le type ataxique ou le spasmodique, il en existe d'autres où il s'agit de combinaisons (marche complexe). Tels sont les types hémiplégique et athétosique, ataxique et paraplégique (scléroses combinées), ataxique et spasmodique, ataxique et titubant (maladie de Friedreich), choréique et titubant (chorée chronique), paralytique et titubant (paralysie générale progressive), spasmodique et athétosique (athétose double).

A la suite de cet exposé descriptif, l'auteur traite du diagnostic et de la valeur séméiologique des troubles de la marche, pour terminer enfin par quelques brèves considérations sur le traitement. Nous ne pouvons donner ici une analyse de ces deux chapitres très condensés et dont l'avant-dernier surtout ne se prête pas à un résumé. Nous espérons néanmoins que ce bref compte rendu suffira pour faire partager à nos lecteurs notre opinion que le livre de M. P. Blocq, où l'on trouve réunies, méthodiquement classées et clairement exposées toutes les données actuelles sur la pathogénie, la description, la séméiologie des troubles de la marche, peut rendre les plus grands services aux étudiants, aux praticiens et sera même à l'occasion consulté avec fruit par les médecins qui s'adonnent plus spécialement à l'étude des maladies nerveuses. J. SÉGLAS.

Traité de Médecine. Publié sous la direction de MM. CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. Tome III, par MM. A. Ruault, A. Mathieu, Courtois-Suffit et A. Chauffard. — G. Masson, Paris, 1892.

M. Ruault a donné toute l'importance relative qu'elles comportaient aux affections diverses de la bouche et du pharynx, et nous signalerons en particulier les deux chapitres consacrés aux tumeurs adénoïdes et á la diphtérie. La première de ces affections, dont l'importance est si bien reconnue aujourd'hui, prend heureusement place dans un traité général de médecine destiné aux praticiens. Quant à la diphtérie, les recherches les plus récentes sur sa nature et son traitement y sont résumées clairement. Nous en dirons autant de la façon dont M. Mathieu a traité les maladies de l'estomac et du pancréas. Nous attirerons surtout l'attention sur les nombreuses pages consacrées à l'étude de la dyspepsie, en général, qui contient toutes les données nouvelles sur le chimisme stomacal.

M. Courtois-Suffit, qui avait à traiter les maladies de l'intestin et du péritoine, a peut-être donné un peu trop d'ampleur à la dysenterie, qui n'a pas chez nous l'intérêt qu'elle a dans les pays chauds, et à l'helminthiase intestinale, qui est presque autant du ressort de l'histoire naturelle que de la médecine. La valeur relative est mieux conservée dans les péritonites, quoi qu'on puisse regretter, comme nous l'avons déjà fait remarquer pour les deux autres volumes, que les developpements bactériologiques l'emportent peut-être un peu trop sur la clinique proprement dite qui paraît, par suite, légèrement écourtée.

Enfin, c'est M. Chauffard qui nous expose les maladies du foie et des voies biliaires. Il débute par un chapitre général sur l'anatomie topographique du foie, les fonctions de la cellule hépatique, le pronostic des maladies du foie et leur thérapeutique générale. La description classique des diverses affections de cet organe est relevée par plusieurs chapitres généraux exposés avec une clarté remarquable et on lira avec intérêt et profit ceux qu'il a consacrés au syndrome ictère, à la physiologie pathologique des ictères, à la circulation hépatique et à l'évolution générale de la doctrine des cirrhoses hépatiques. C'est un véritable traité complet des maladies du foie et des voies biliaires que l'auteur nous a donné là, et c'est assurément la partie du 3e volume la mieux conçue et la plus intéressante en raison de la façon dont il l'a traitée au point de vue de la pathologie générale. P. S.

De l'élimination des phosphates dans les maladies du système nerveux et de l'inversion de leur formule dans l'hystérie; par le Dr A. VOULGRE, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Les lecteurs de ce journal n'ont pas oublié l'important travail publié sur ce sujet par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau. M. Voulgre confirme les résultats annoncés, mais en en restreignant la généralité. L'élimination des phosphates dans les maladies nerveuses constitue un fait très important et son étude présente un très grand intérêt pratique.

Le médecin légiste devant la cour d'assises ; le médecin expert devant les tribunaux et le médecin militaire devant les conseils de revision sont souvent mis en demeure de diagnostiquer une affection dont le malade a intérêt à exagérer les symptômes ou même à les simuler ; on conçoit donc de quelle utilité serait pour eux la découverte d'un moyen précis qui leur permettrait de dire à coup sûr si un individu est épileptique ou hystérique.

Les conclusions du travail du Dr Voulgre sont les suivantes. L'élimination de l'acide phosphorique par l'urine est intimement liée au fonctionnement du système nerveux ; l'activité cérébrale accroît l'élimination des *phosphates terreux* ; le travail musculaire augmente la sécrétion des phosphates *alcalins*. A l'état normal, le rapport des phosphates terreux aux phosphates alcalins est en moyenne de 1/3. Dans l'hystérie convulsive le rapport tend à devenir 1/2, 1/1 et même 2/1 : on observe alors le phénomène de l'*inversion des phosphates* décrit par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ; seulement, d'après M. Voulgre, cette inversion n'est pas un signe pathognomonique de la crise d'hystérie, puisqu'on la retrouve dans des cas de *paraplégie*, d'*épilepsie*, de *neurasthénie*, d'*ataxie locomotrice*. Les faits qui font l'objet de ce travail sont des plus intéressants et viennent de faire l'objet d'une communication de M. Féré à la Société de Biologie. P. YVON.

L'Assistance maritime des Enfants et les Hôpitaux marins; par le Dr Ch. LEROUX. — Paris, 1892. Société d'éditions scientifiques.

M. le Dr Ch. Leroux, médecin du Dispensaire Furtado-Heine et secrétaire de l'Œuvre des Hôpitaux marins, était bien placé pour étudier la question intéressante de la Thalassothérapie. Après un aperçu des ravages causés par la Scrofule, la Tuberlose et le Rachitisme et de leur rôle dans la dépopulation de la France, l'auteur montre que ces maladies peuvent être combattues ou prévenues par le traitement maritime, dont il pose les indications et les contre-indications, en insistant sur la durée du séjour aux bords de la mer, sur le choix de la plage, etc. Il fait ensuite l'historique des Hôpitaux marins en commençant par Margate (Angleterre), pour finir par la fondation de Banyuls-sur-Mer, aujourd'hui propriété de l'Œuvre nationale des Hôpitaux marins. Il étudie non seulement l'organisation, le fonctionnement des Hôpitaux marins et Sanatoria et les résultats thérapeutiques qu'ils donnent, mais encore les détails techniques d'installation, les devis, etc. Le nombre des lits réservés aux enfants scrofuleux et rachitiques, pour toute la France, ne dépasse pas 1,700 ; il en faudrait plusieurs milliers. M. Leroux fait un pressant appel à la charité publique et privée et démontre, chiffres en main, que les Conseils généraux et les Municipalités auraient intérêt à envoyer leurs enfants malades et indigents sur les bords de la mer, la journée de traitement coûtant moins cher dans les Hôpitaux marins que dans les Hospices urbains et départementaux. Il termine par un projet économique d'hôpital marin et de sanatorium. Enfin il appelle l'attention du public médical sur l'Œuvre nationale des Hôpitaux marins, reconnue d'utilité publique, et dont le succès est désirable à tous égards.

J. COMBY.

La Diphtérie ; par le Dr BOURGES. — *Bibliothèque médicale Charcot-Debove*. Paris, 1892. Rueff, éditeur.

Une monographie de la diphtérie est toujours bien accueillie, à cause de la fréquence toujours plus grande et de la gravité toujours plus redoutable de cette maladie. M. Bourges, déjà connu par des recherches bactériologiques sur la diphtérie, ne pouvait manquer de bien traiter son sujet. Il fait une large part à l'étiologie et à la bactériologie; nous devons aujourd'hui nous appuyer sur les travaux qui ont éclairé cette étiologie, pour faire progresser la prophylaxie et le traitement. Or, malgré les succès bruyamment annoncés, il faut bien reconnaître que la diphtérie est loin d'être vaincue, qu'elle n'a pas désarmé et que ses ravages sont tout aussi grands que par le passé. Le diagnostic précoce a une réelle importance pour la prophylaxie comme pour le traitement, M. Bourges en donne les éléments empruntés à la bactériologie. Tous les chapitres sont traités avec compétence.

Recherches sur le pouls; par FREY. — Julius Springer. — Berlin, 1892.

L'auteur, s'appuyant sur ce qu'aucun travail d'ensemble n'a été fait sur le pouls depuis l'emploi du sphygmographe, a cherché à grouper toutes les recherches sur ce point et à les réunir didactiquement. Divisant son étude en quatre parties, il a étudié successivement : 1° Les méthodes d'inscription *du pouls*, méthodes qui donnent la pression, le volume et le courant du sang; à ce sujet, il étudie le sphygmographe et ses derniers perfectionnements ; 2° Les résultats de la sphygmographie du cœur, avec la mesure de la pression dans le cœur, dans le ventricule, pendant le repos ; 3° Une troisième section comprend : l'étude du pouls artériel, la valeur absolue de la rapidité du pouls, ce qui appartient au flux sanguin et ce qui est la part du tonus des vaisseaux, les changements apportés par les maladies dans la rapidité du pouls ; le pouls aortique dans ses deux phases, diastole et systole, forme un sous-chapitre ; un autre est constitué par le pouls des artères périphériques ; 4° Enfin, il étudie la sémiotique du pouls : l'influence du cœur sur le pouls; le rôle de la respiration sur le pouls ; de la situation du corps, du travail physique, de la température ; puis les changements permanents du pouls par intermittences du cœur, par anévrysmes des gros vaisseaux, par sénilité des vaisseaux. L'énoncé même des sujets traités montre l'intérêt que peut présenter ce travail consciencieux et savant, enrichi d'une bibliographie très complète et sans lequel tout travail sur la sphygmographie sera désormais incomplet.

Notions de pharmacie nécessaires au médecin ; par P. YVON Collection Charcot-Debove. Rueff, éditeur, 2 vol. 1891.

La connaissance de la matière médicale même approfondie ne suffit pas au médecin pour constituer un bon thérapeute. Il est bon en effet qu'il soit renseigné au moins d'une manière générale sur les diverses formes pharmaceutiques des médiments pour en pouvoir apprécier les différences d'action, peser les avantages ou les inconvénients qu'il y a à employer un médicament sous une forme plutôt que sous une autre pour obtenir le but cherché, qui est de soulager rapidement et le plus efficacement possible le malade.

Il est de plus important pour le médecin quand il prescrit par exemple des bains, des cataplasmes, des sinapismes, ou des applications locales de certaines substances non seulement de connaître l'action de ces derniers, les doses auxquelles on les prescrit, encore faut-il pouvoir donner au malade certaines indications pour la préparation de ces substances. Ce sont ces indications très précises qu'on trouve dans le livre de M. Yvon à côté de notions également précieuses sur les dons des médicaments par cueillerées, et par gouttes et sur les caractères qui permettent de reconnaître, choisir et conserver les médicaments. L'ouvrage de M. P. Yvon dicté par une longue et sage pratique est d'autant plus utile que rien n'existe de semblable, les livres de pharmacie étant tout spécialement écrits pour le pharmacien, les livres de matière médicale, trop techniques aussi, ne contenant que l'énoncé des noms des substances et de leurs diverses formes médicamenteuses sans entrer dans les détails de leur préparation.

L.-R. REGNIER.

La pneumonie à Oyonnax (1888-1889-1890) ; par M. le Dr FIESSINGER. — Octave Doin, éditeur, 1891.

Dans cette brochure, l'auteur, à l'aide de sa pratique personnelle, essaie de démontrer que la pneumonie et la grippe endémique évoluent simultanément. Le maximum de fréquence est dévolu à la grippe qui s'attaque aux enfants, tandis que la pneumonie atteint les adultes et les vieillards. Les chiffres sont les chiffres, et nous ne pouvons aller à l'encontre des faits observés ; cependant nous sommes quelque peu étonné de cette fréquence de la grippe chez les enfants, alors que, avec la plupart des auteurs, nous croyions que cette maladie sévissait surtout sur les adultes.

La grippe et la pneumonie coexistent souvent dans les mêmes logements ; elles ne sont d'ordinaire pas contagieuses, mais elles le deviennent quand leurs caractères infectieux sont très marqués. L'infection, dans la pneumonie, tient à la virulence du pneumocoque, à l'affaiblissement de l'organisme ou à ces deux conditions associées. Il est à remarquer que quand l'infection est due à la virulence du pneumocoque, la maladie débute avec des allures infectieuses, sans localisation primitive vers le poumon. Dans ces cas, il faut avoir recours aux injections sous-cutanées d'ergot, d'éther et de caféine, et l'on peut arriver ainsi à atténuer la sévérité extrême du pronostic. Terminons par une conclusion de l'auteur, conclusion qui étonnera quelque peu : La pneumonie du sommet entraîne une mortalité moindre que la pneumonie ordinaire.

G. PELTIER.

Recherches expérimentales sur les Leucocytes ; par MAUREL — Paris, O. Doin, 1892.

M. le Dr Maurel, de Toulouse, poursuit depuis plusieurs années l'étude des leucocytes. Les deux fascicules qu'il nous adresse aujourd'hui sont entièrement consacrés à la pathologie expérimentale. Dans le premier, il étudie l'action des températures prolongées sus les éléments blancs du sang. Il montre qu'une température de 43° à 45° un peu prolongée suffit pour les tuer, qu'ils peuvent encore vivre à 42° et qu'une température de 39° active au contraire leur développement.

Le second est consacré à l'étude de la strychnine, du curare et du cyanure de potassium. L'auteur montre que ces poisons ne tuent pas les leucocytes à des doses bien supérieures à celles qui amènent la mort de l'animal, et que les leucocytes peuvent rester un certain temps vivants chez l'animal ayant succombé à l'intoxication. A. PILLIET.

Sull'acetonuria sperimentale (Acétonurie expérimentale), par Alexandre JUSTIG, directeur du laboratoire de pathologie générale de Florence (Extrait du *Sperimentale*, anno XLV ; fasc. 5 et 6).

L'auteur commence par faire l'historique de l'acétonurie et rappelle que ce sont les recherches de Petters, en 1857, qui ont été le point départ de la question. Après cet exposé de la question, il rapporte comment il a cherché à provoquer le diabète et l'acétonurie chez l'animal par l'extirpation du plexus cœliaque ou des autres éléments du sympathique ; ganglions sympathiques supérieurs ou inférieurs, nerfs splanchniques droit et gauche, etc., et enfin du système nerveux central. L'acétone apparaît en même temps que le sucre, souvent plus abondante que lui, et disparaît en quelques jours, en sorte que l'acétonurie observée est tout à fait transitoire, l'urine redevenant très vite normale. A. P.

HISTOIRE ET CRITIQUE

Les véritables promoteurs de l'antisepsie.

Au jour où l'antisepsie est reconnue par tous, admise sans conteste, et où tout le monde reconnaît qu'elle a entièrement changé la face de la chirurgie, il convient de jeter un coup d'œil sur les premiers initiateurs et de rendre justice même tardivement à ces modestes ouvriers de la première heure qui furent beaucoup plus raillés qu'écoutés, mais qui préparèrent pourtant les esprits à la réforme. Il importe peu en effet que l'idée neuve soit bien ou mal accueillie ; elle l'est toujours mal parce qu'elle dérange nos habitudes d'esprit. Ce qui importe, c'est qu'on entende parler de cette idée, qu'on la connaisse, même pour s'en moquer, que l'esprit y pense. Cette étude historique ne sera pas d'ailleurs sans intérêt pour nous, Français, car elle montrera que l'idée mère de l'antisepsie et ses premières applications sérieuses ont notre pays pour origine. Au point de vue philosophique, elle nous montrera que, par un curieux retour, on en revient à employer précisément les mêmes substances qui furent essayées les premières et souvent préparées dans la même forme.

Et d'abord, si l'on veut éclairer la question, il ne faut pas confondre l'antisepsie et la désinfection. Certes la désinfection est devenue une des branches de l'antisepsie,

et il n'y a guère de système antiseptique dans lequel la désinfection ne joue un très grand rôle. Mais le point de départ et le but de ces deux techniques sont tout à fait différents. Désinfecter, c'est détruire des germes qui existent déjà dans les objets que l'on considère. On désinfecte des abattoirs imprégnés de sang putréfié, des pièces anatomiques corrompues ; on désinfecte à l'hôpital une plaie suppurante, un membre sphacélé, on les désinfecte parce qu'ils sont déjà infectés. L'antisepsie, au contraire, a pour but d'empêcher les germes d'arriver sur la plaie opératoire que vient de pratiquer le chirurgien. L'idée générale est au fond la même, c'est la mort du germe, et l'on n'est antiseptique qu'à la condition de bien désinfecter. Les agents toxiques employés sont aussi les mêmes : ils détruisent des germes existant déjà dans une plaie, par exemple, ou bien ceux que l'air pourrait y apporter. Mais la différence entre les deux procédés, quoique surtout théorique, n'en est pas moins radicale ; et ce qui le montre bien, c'est que de tout temps on a cherché à désinfecter, tandis que c'est depuis peu d'années seulement que l'antisepsie existe.

C'est que pour comprendre l'importance qu'il y avait à empêcher l'air en nature d'arriver sur les plaies, il fallait avoir la notion, la connaissance des micro-germes répandus dans cet air : il fallait connaître le rôle des végétaux dans les fermentations et assimiler les maladies à ces mêmes fermentations. A partir de ce moment, et pas avant, on a pu concevoir l'idée de l'antisepsie et chercher les agents les plus propres à la réaliser. On a pris naturellement ces agents parmi les désinfectants les plus connus, les plus sûrs, et c'est encore une des causes de la confusion qui s'établit quelquefois et que nous voulons éviter entre les deux méthodes, mais il est facile en lisant les textes par exemple de voir la véritable pensée de l'auteur. Bouchardat écrivait, par exemple, en 1860 : « Je suis convaincu qu'on emploiera l'acide phénique au lieu de goudron de houille dont la composition et les effets sont très variables. J'estime qu'il n'en faudrait pas ajouter une partie sur 1.000 de plâtre ou de farine pour obtenir une poudre désinfectante. » Rien dans ce passage n'implique l'idée de l'antisepsie, et l'on ne peut dire que Bouchardat ait été, à ce dernier point de vue, le précurseur du pansement phéniqué, qui s'adresse à des sujets non infectés et qui a pour but non pas de combattre mais de prévenir l'infection.

Les anciens se servaient déjà des baumes, des résines odorantes, des différents goudrons végétaux, dans les plaies de mauvaise nature, et tout le monde sait que les Egyptiens se servaient de bitumes et de goudrons pour arrêter la fermentation putride des cadavres.

Pourtant les propriétés désinfectantes du goudron minéral en nature ne furent guère étudiées qu'en 1815 par Chaumette. A cause des difficultés de son emploi et de son insolubilité dans l'eau, on essayait de le mélanger à des poudres inertes; telle était la poudre inventée en 1858 par Lorue, et qui était un mélange de goudron et de plâtre. En 1859, M. Demaux eut l'idée d'une poudre semblable qu'il appliquait non pas à la désinfection des usines malsaines où l'on travaille les débris d'animaux, mais au pansement des plaies suppurantes, anfractueuses ou fétides. Velpeau, dans un rapport fait le 6 février 1860 à l'Académie des sciences, sur divers moyens désinfectants, reconnut que ce mélange, malgré les difficultés de son emploi, détruisait l'odeur putride. En 1859, la même idée de désinfection se retrouve dans la *Note sur l'émulsion de coaltar saponiné pour panser les plaies gangréneuses et autres de mauvaise nature*, titre dans lequel M. Ferd. Le Beuf, inventeur de la préparation, et M. le Dr Jules Lemaire, qui avait accepté la tâche d'étudier les propriétés désinfectantes, présentèrent à l'Académie de Médecine (Séance du 8 septembre) les formules et le mode de préparation du nouveau remède. L'année suivante, en 1860, cette idée n'est plus isolée, elle s'associe, au contraire, à une autre pensée féconde qui ressort du titre même de la thèse de Lemaire : *Du coaltar saponiné, désinfectant énergique, arrêtant les fermentations*, dont un résumé fut présenté. à l'Académie des Sciences, le 25 juin 1860. C'est que, d'une part, des idées nouvelles s'étaient fait jour dans la science et que, d'autre part, la préparation employée par les auteurs, étant une émulsion de goudron pouvant s'employer comme un liquide ordinaire, leur permettait d'apprécier la valeur thérapeutique du goudron d'une façon beaucoup plus pratique qu'une poudre inerte.

Quelles étaient donc ces idées nouvelles sur la fermentation ? Ce sont celles qui furent émises par Benjamin Raspail dès 1843, et qu'il résumait à peu près ainsi : Un grand nombre de maladies émanant des parasites internes et externes et de l'infection qu'ils produisent, il faut trouver un remède qui agisse sur ces parasites en étouffant la cause immédiate du mal. Malheureusement, le camphre était loin de posséder des propriétés assez actives et Raspail ne fut qu'un précurseur. On croyait d'ailleurs assez peu à ses germes hypothétiques.

La découverte du champignon, de la levure de bière par Cagniard Latour, confirmée par Turpin, Schwann, Mittscherlisch et surtout par Pasteur, avait montré une fermentation due à un agent organisé. En présence de ces résultats, les chirurgiens se demanderont si la fermentation putride, si la sécrétion du pus dans lequel Donné avait signalé des parasites, dès 1844, dans son cours de microscopie, n'étaient pas elles aussi des fermentations dues à des germes extérieurs et si on ne pouvait appliquer à leur guérison les agents qui jouiraient du pouvoir d'arrêter ces fermentations en tuant le parasite supposé. De là la préoccupation chez les auteurs qui étudient vers 1860 les propriétés des topiques des plaies, de rechercher toujours l'action de ces topiques sur la levure de bière, sur les graines en germination et sur la fermentation putride. Cette idée domine la thèse de Lemaire et lui donne sa véritable valeur.

C'est ainsi qu'étudiant les effets de l'émulsion de coaltar préconisée par M. Le Beuf, pour transformer le goudron de houille en un topique liquide facilement applicable, il est arrivé à se demander quels sont les principes agissants du coaltar saponiné, et les étudie au point de vue de leur action sur les fermentations sucrée et putride. Pour la fermentation sucrée, en particulier, il ne cherche pas à l'arrêter, mais à la prévenir, en ajoutant à l'eau sucrée additionnée de levure de bière quelques gouttes des trois principaux composants du coaltar ; et, d'après cette expérience, il les range ainsi : l'acide phénique d'abord, puis la benzine et enfin la naphtaline, dont le pouvoir antiseptique lui paraît assez faible. Il reconnaît ensuite la supériorité de l'acide phénique pour empêcher la germination de graines, la fermentation putride. et ce n'est que dans une série d'expériences tout à fait séparée qu'il étudie le pouvoir désinfectant de l'acide phénique, de la benzine et de la naphtaline, tellement dans son idée les deux ordres de faits sont différents.

Il conclut de ses recherches que la suppuration donne naissance à une série de phénomènes provenant d'une seule et même cause, une fermentation, et cite même les recherches de Leconte et Demarquay, qui, partant du même principe, avaient tenté d'entourer les plaies d'une atmosphère d'acide carbonique, gaz qui arrête les fermentations. Lemaire va plus loin. Après avoir formellement conseillé l'application sur les plaies du coaltar saponiné qui agit, d'après ses expériences, par l'acide phénique surtout et n'est, en somme, qu'un moyen pratique d'utiliser l'acide phénique, qu'à cette époque on obtenait impur et très peu soluble. il ajoute cette phrase que nous reproduisons textuellement : « Il n'est pas impossible que des ablutions et des injections faites sur les nouvelles accouchées, avec l'émulsion de M. Le Beuf. ne soient un moyen PRÉVENTIF contre la terrible fièvre puerpérale. » On le voit, toute la théorie de l'antisepsie était formulée en 1860, quand les expérimentateurs ont pu se servir d'un agent plus actif que le camphre, l'acide phénique émulsionné avec les autres principes du goudron. Il faut relire, à ce

propos, le chapitre que nous ne pouvons citer ici, à cause de sa longueur, intitulé (Quel est le mode d'action du coaltar saponiné ?) Il conclut que, d'après ses expériences, l'acide phénique et la benzine sont les agents actifs de ce corps et qu'ils agissent par deux propriétés distinctes, désinfection et arrêt des fermentations ; et il attribue l'action favorable du produit sur les plaies à l'arrêt de la fermentation du pus. (*A suivre.*) Dr VERAX.

VARIA

Syndicat d'infirmiers et d'infirmières.

La Chambre syndicale des infirmiers et infirmières vient d'adresser au Conseil municipal une pétition dans laquelle elle formule et précise ainsi ses *desiderata*.

1° Réduction de la journée à douze heures (de six heures du matin à six heures du soir) et une heure pour les repas; 2° Que les vacances existant dans les hôpitaux soient signalées à un bureau central, au siège du syndicat, par exemple; 3° Suppression des dortoirs et leur remplacement par des cellules, surtout pour les infirmières, afin qu'elles puissent prendre tous les soins de propreté réclamés par les nouvelles lois antiseptiques ; 4° Que les consignes et renvois ne soient prononcés que pour des motifs sérieux et que la fiche envoyée à l'administration soit communiquée aux intéressés; 5° Que le Conseil municipal exige que le personnel diplômé ou ayant servi précédemment dans les hôpitaux soit choisi de préférence aux personnes inexpérimentées; 6° Visite dans les vêtements et les papiers des infirmiers à leur sortie seulement de l'hôpital; 7° Nourriture mieux préparée et liberté d'apporter des aliments du dehors; 8° Que les bourses réservées aux écoles d'infirmiers et d'infirmières soient chaque année tirées au sort parmi les admissibles; 9° Interdiction aux infirmiers et infirmières de recevoir aucune gratification; 10° Augmentation du traitement.

La plupart de ces réformes ont été bien souvent réclamées par nous : Meilleur recrutement, et pour cela transformation du service de nuit qui devrait être fait non par les nouveaux venus, mais par les infirmiers et infirmières diplômés ; — suppression des dortoirs communs, la plupart *insalubres* et leur remplacement par des *chambres* confortables ;— renvoi des infirmiers et infirmières *diplômés* seulement après rapport à M. le Directeur de l'Assistance publique ; — avancement accordé uniquement aux infirmiers et infirmières diplômés, sauf pour les sous-employés antérieurs à la création des diplômes ; — amélioration de la nourriture ; — augmentation des traitements qui, écrivions-nous il y a 10 ans, devrait être à l'entrée de 30 fr. par mois. Quant aux bourses d'infirmières, que nous avons fait créer pour vaincre la résistance à la laïcisation de certains fonctionnaires, elles n'ont plus guère raison d'être, aujourd'hui que les hôpitaux moins deux sont laïcisés et qu'il y a un grand nombre de diplômés. Les raisons que nous avons fait valoir ont décidé M. Peyron à en diminuer le nombre. Si la pétition du *syndicat des infirmiers et infirmières* peut décider le Conseil municipal à fournir à l'Administration les fonds nécessaires pour réaliser des réformes parfaitement justifiées, nous en serons très heureux (1).

L'Impuissance du mari devant les tribunaux.

Quoique le jugement ci-dessous ne soit pas absolument du domaine médical, nous le donnons à titre de curiosité. Il montre dans toute leur beauté les procédés juridiques et les inconséquences invraisemblables auxquelles conduit l'interprétation des lois.

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (4e chambre). — *Présidence de* M. TARDIF. — Divorce. — Impuissance physique du mari. — Accouchement de la femme six ans après sa demande en divorce. — Demande du mari fondée sur l'adultère de la femme. — Impuissance constatée. — Admission du divorce.

L'inaptitude de l'un des époux à l'accomplissement de l'acte physique du mariage n'est pas placée par le législateur au nombre des causes légales du divorce.

L'accouchement de la femme plusieurs années après le rejet de sa demande en divorce, alors que la vie commune n'a pas été reprise entre les époux et que l'état d'impuissance du mari ne s'est pas modifié, est la preuve de l'adultère de la femme et constitue une cause de divorce.

Les solutions qui précèdent résultent du jugement publié ci-dessous rendu après la plaidoirie de Me Albert Foucault, pour le mari demandeur en divorce et conformément aux conclusions de M. Pottier, substitut; ce jugement est conçu dans les termes suivants :

« Le Tribunal,

« Donne défaut contre la dame X..., faute par elle d'avoir constitué avoué, quoique régulièrement assignée et pour le profit ;

« Attendu qu'en 1885 la dame X... a introduit une demande en divorce contre son mari, basée sur ce que le mariage n'avait pas été consommé par suite de l'impuissance de son mari, dont l'état était définitif et avait résisté aux traitements des spécialistes ;

« Que le défendeur n'a pas nié cette impuissance, se bornant à soutenir qu'au moment du mariage il ignorait qu'il était inhabile à remplir le devoir conjugal ;

« Attendu qu'un jugement rendu par cette chambre, en date du 27 décembre 1886, a rejeté la demande de la dame X... par le motif que l'inaptitude de l'un des époux à l'accomplissement de l'acte physique du mariage n'était pas placée par le législateur au nombre des causes légales du divorce ;

« Qu'il est constant que depuis cette époque la vie commune n'a pas repris entre les époux et que l'état physique du demandeur ne s'est pas modifié ;

« Que cependant la dame X... est accouchée le 25 janvier 1892 d'un enfant né sans vie et déclaré comme fils de X... et de X..., son épouse ;

« Que cet accouchement est la preuve certaine de l'adultère de la femme ; — Par ces motifs, Prononce le divorce d'entre les époux X... à la requête et au profit de X..., avec toutes les conséquences de droit, etc. »

On se marie pour avoir des enfants (1). Après quelques mois de vains et courageux efforts, Madame s'aperçoit qu'elle n'arrivera jamais à ce but avec un mari insuffisant. L'affaire vient devant le tribunal, qui répond à Madame : Votre mari est en effet impuissant, il l'avoue, mais ce n'est pas là un motif à divorce. Six ans plus tard, la grâce étant arrivée, Madame accouche. Le mari va trouver les mêmes juges et leur dit : Vous savez, je suis impuissant, ma femme vient d'accoucher, quoique je sois toujours aussi impuissant ; elle m'a donc trompé, divorcez-moi d'avec cette adultère et à son détriment. Et les bons juges s'empressent d'accéder à une demande aussi naturelle. Et ces braves gens sont convaincus qu'ils ont, dans les deux cas, rendu un service signalé à la société, en resserrant hier, en brisant aujourd'hui le lien conjugal pour une seule et même raison. Ce qui prouve que la loi est immuable.

Tout le monde, d'ailleurs, est satisfait : les juges d'abord, la femme ensuite, qui a réussi à avoir un enfant, le mari qui a gardé la dot ou a dû se faire donner une pension. (*Province médicale*).

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 16. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Retterer, Sébileau. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Straus, Letulle, Gaucher. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clin. Baudelocque : MM. Pinard, Ricard, Varnier.

MARDI 17. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Ballet, Charrin. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Le Fort, Le Dentu, Brun. — (2e *partie*). Charité : MM. Cornil, Roger, Ménétrier.

MERCREDI 18. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Fournier, Tuffier, Sébileau. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Chauffard, Marie.

JEUDI 19. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Guyon, Poirier.

VENDREDI 20. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Dejerine, Retterer. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Tillaux, Jalaguier, Lejars. — (2e *partie*). Charité : MM. Potain, Joffroy, Brissaud.

SAMEDI 21. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Peter, Debove, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Nélaton, Schwartz. — (2e *partie*). Hôtel-Dieu : MM. Laboulbène, Ballet, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

(1) Voir le n° 48 de 1892, p. 400.

(1) Ou une dot. (*N. d. l. R.*).

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 18. — M. Luez. Traitement des vomissements de la grossesse. — M. Carton. Du rachitisme intra-utérin. — M. Monteiro. Contribution à l'étude clinique de l'accouchement gémellaire.

Jeudi 19. — M. Hemely. Du vertige oculaire et du mal de mer. — M. Duloroy. Le phénosalyl; son pouvoir microbicide et son emploi en chirurgie et en gynécologie. — M. Hean. Quelques considérations sur l'emphysème sous-cutané.

Enseignement médical libre.

Conférences d'Internat. — MM. Michon, Guépin, Lévi (Léopold) et Péron, internes des hôpitaux, ont commencé une conférence d'internat à l'hôpital Laënnec le mercredi 11 janvier, à 3 heures, et la continueront les samedis suivants.

Conférences d'Internat. — MM. Teissier, Cazin et Pauchet commenceront leur conférence d'internat le samedi 21 janvier à 3 heures, à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Velpeau).

Conférences d'Internat. — MM. Souligoux, Chrétien et N..., commenceront leur conférence d'internat le mercredi 18 janvier à 2 h. 1/2 à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre de gynécologie), et la continueront les samedis suivants à la même heure.

Cours d'Ophtalmologie. — M. le Dr Jocqs commencera un nouveau cours d'ophtalmologie le mardi 17 janvier, à 2 heures, à sa clinique, 30, rue d'Assas.

Conférences d'Internat. — La conférence d'Internat de MM. Braquehaye, Collinet, Laurent-Préfontaine, Malherbe et Michel-Dansac, commencera le samedi 14 janvier, à 3 heures de l'après-midi, à l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr A.-D. CHEVANDIER, sénateur de la Drôme.

Il y a deux catégories de médecins célèbres, ou du moins dont les noms méritent de passer à la postérité : Ceux qui par leurs travaux font avancer la science et ceux qui, par le rôle qu'ils ont joué dans les affaires publiques, ont contribué dans une mesure toute particulière à améliorer le sort, assez misérable d'ailleurs, de tous ceux qui forment les sociétés civilisées.

M. le Dr Chevandier, Antoine-Daniel (de la Drôme), qui vient de mourir à Paris, à l'âge de 71 ans, était un de ces derniers. Ses obsèques ont eu lieu le jeudi 12 janvier.



M. le Dr A.-D. Chevandier, sénateur de la Drôme.

Né le 27 mai 1822, à Serres (Hautes-Alpes), M. Antoine-D. Chevandier se fit recevoir docteur en médecine, puis vint s'établir à Dié (Drôme).

Sous l'empire, il se lança dans la politique et se fit remarquer par ses tendances et ses opinions franchement républicaines. C'était un mérite à cette époque. Nommé, après le 4 septembre 1870, par le gouvernement de la Défense nationale, sous-préfet de Saint-Dié, il donna bientôt sa démission et se porta candidat à l'assemblée nationale.

Il fut élu comme représentant de la Drôme et se fit, à son arrivée à Paris, porter aux deux groupes de la Gauche et de l'Union républicaines. Le 20 février 1876, il était réélu député par l'arrondissement de Saint-Dié contre M. de Courcelles. *Il fut l'un des* 363. (Nous soulignons à dessein). Après la dissolution, le ministère du 16 mai lança, bien entendu, contre lui, un candidat officiel. Il l'emporta. Réélu le 21 août 1881, par 9.979 voix contre 4.154 données à M. Chiré, conservateur, il fut ensuite candidat au Sénat dans son département au renouvellement triennal, mais échoua le 25 janvier 1885 : il ne put recueillir que 171 voix sur 758 votants.

En revanche, après avoir été porté sur la liste républicaine unique de la Drôme, il était renommé député le 4 octobre 1885, le second sur cinq, par 43.109 voix sur 73.721 votants. Son mandat fut renouvelé en 1889 par 10.316 voix contre 3.365 obtenues par le candidat monarchiste. En 1892, comme nous l'avons annoncé, il entra définitivement au Sénat.

Entre temps, ses compatriotes l'avaient choisi pour les représenter au Conseil général de la Drôme.

Comme médecin, Chevandier fut vice-président de la Société française d'hygiène, membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier, etc. Il a fondé à Paris un établissement médical où il traitait par la médication thermo-résineuse les affections rhumatismales.

Notre profession doit beaucoup au Dr Chevandier, homme politique et profondément dévoué à la cause républicaine. Chacun de nous se rappelle si bien encore les toasts portés à son adresse au dîner offert récemment aux médecins, députés et sénateurs, qui ont contribué à rédiger et à faire voter la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, qu'il est inutile d'y insister aujourd'hui; il avait été l'auteur et le rapporteur de cette loi. C'est encore sur la proposition de ce confrère que la Chambre a assimilé les enterrements civils aux obsèques religieuses au point de vue des honneurs funèbres : un détail assurément, mais qui, pour la province, avait et a encore une grande portée pour le parti que Chevandier a toujours si vaillamment défendu. Il a pris part en outre à de nombreuses discussions sur l'armée, l'enseignement, le budget, etc. Un des premiers il a signalé les inconvénients inhérents à la surcharge des programmes du baccalauréat et au surmenage intellectuel.

Tous les hommes politiques ont apprécié Chevandier; les médecins savent tous ce qu'ils doivent au regretté député de la Drôme ; nous sommes heureux de pouvoir être leur interprète auprès de la famille de cet homme de bien.

Marcel Baudouin.

FORMULES

IV. — Anurie — E. Chorst.

P. — Poudre de digitale.	1 1/2	grains.
Calomel.	12	—
Sirop de gomme	q. s.	

M. — Pour une pilule, à prendre trois fois par jour, mais tous les 4 jours seulement. Excellent dans l'anurie de la néphrite interstitielle. (*Union médicale du Canada*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 1er janv. 1893 au samedi 7 janv. 1893, les naissances ont été au nombre de 1159 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 462; illégitimes, 135. Total, 597. — *Sexe féminin :* légitimes, 426 ; illégitimes, 136. Total, 562.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er janv. 1893 au samedi 7 janv. 1893, les décès ont été au nombre de 1243 savoir : 605 hommes et 638 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 8, T. 12. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 5, F. 8, T. 13. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 3, F. 14, T. 17. — Diphtérie, Croup : M. 13, F. 22, T. 35. — Affections cholériformes : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 147, F. 72, T. 219. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 10, T. 17 — Tumeurs

bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 41 T. 61. — Méningite simple : M. 4, F. 8, T. 12. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 36, F. 33, T. 69. — Paralysie, M. 4, F. 3, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 8, T. 14. — Maladies organiques du cœur : M. 35, F. 40, T. 75. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 19, T. 33 — Bronchite chronique. M. 27, F. 33 T. 60. — Broncho-Pneumonie : M. 28, F. 32, T. 60, — Pneumonie : M. 32, F. 44, T. 76. — Gastro-entérite, biberon. M. 19, F. 21, T. 40. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 2, T. 9 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 17, F. 16, T. 33 — Sénilité : M. 15, F. 49, T. 64. — Suicides : M. 12, F. 7, T. 19. — Autres morts violentes : M. 9, F. 9, T. 18. — Autres causes de mort : M. 125, F. 118, T. 243 — Causes restées inconnues : M. 7, F. 9, T. 16.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 93, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34, illégitimes, 16. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 14. Total : 43.

ECOLES DE MÉDECINE NAVALE. — En vue de pourvoir au remplacement de trois professeurs, dans le personnel enseignant des écoles annexes de médecine navale de Rochefort et de Toulon, le ministre a décidé l'ouverture de concours, au port de Rochefort, le 13 mars 1893, pour la chaire de pathologie exotique et d'hygiène navale, et, le 20 mars, pour l'emploi de professeur de chirurgie militaire et navale ; au port de Toulon, le 27 mars, pour la chaire de pathologique exotique et d'hygiène navale.

ECOLES DES HAUTES-ETUDES. — Le Laboratoire de psychologie des Hautes-Etudes à la Sorbonne est ouvert actuellement. M. Binet nous prie d'annoncer que les personnes qui désirent faire des recherches originales de psychologie peuvent s'inscrire le lundi, de deux à trois heures de l'après-midi.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* — Voici les questions qui ont été posées à l'épreuve orale de pathologie depuis notre dernier numéro : *Signes des fractures ; Lavage de l'estomac ; Manière de faire une autopsie ; Chloroformisation.*
Concours de l'Internat. — Voici la liste des nouvelles questions qui ont été posées à l'épreuve orale depuis notre dernier numéro : *Col de l'utérus ; S. et tr. de l'éclampsie puerpérale.* — *Hile du poumon ; symptômes du pneumothorax.* — *Rapports du pharynx ; abcès rétro-pharyngien.*

ASILE DÉPARTEMENTAL DES SOURDES-MUETTES DE LA SEINE. — M. Paul Strauss, conseiller municipal de Paris, est arrivé à Bordeaux, où il attend plusieurs de ses collègues qui doivent, en tant que conseillers généraux de la Seine, visiter l'institution nationale des sourdes-muettes, étudier son fonctionnement administratif, ses méthodes pédagogiques, en vue de la création à Paris, récemment adoptée en principe par le Conseil général de la Seine, d'un asile départemental de sourdes-muettes.

CHOLÉRA EN FRANCE. — Le choléra continue à sévir à Grand-Fort-Philippe, près Gravelines. Trois nouveaux décès ont été constatés. Quatre cents ouvriers sans travail et sans ressources ont voulu enfoncer les portes des boulangers. La gendarmerie a du les disperser.

CHOLÉRA AUX PAYS-BAS. — Un homme, venant d'Utrecht, est mort du choléra. On a constaté aussi à la Haye un cas de choléra.

FEMMES-PHARMACIENNES. — La Société pour l'amélioration du sort de la femme et la revendication de ses droits a décidé d'accorder une allocation mensuelle à une jeune fille sans fortune qui se dispose à passer ses examens de pharmacienne. En prenant cette décision la Société a déclaré qu'elle pensait « qu'il était de son devoir d'aider à ouvrir une nouvelle carrière aux femmes, carrière lucrative et facile, puisqu'elle laisse la femme au foyer. » — La Société, dont Mme Deraismes est présidente, semble oublier quel est celui qui a plaidé à maintes reprises pour que cette nouvelle carrière soit ouverte aux femmes. Mais l'ingratitude est assez de règle en ce monde, là, comme dans le nôtre, même pour les idées qui ne rapportent que des ennuis et des ennemis.

HYGIÈNE DES OUVRIÈRES. — La municipalité de Reims aura à décerner, en décembre 1893, un prix fondé par Mme Doyen-Doublée, morte récemment, qui a laissé, par testament, une somme de 1,000 francs destinée à récompenser l'auteur, — qui doit être femme et laïque, — du meilleur traité sur l'alimentation dans les classes ouvrières des villes.

LES FEMMES ET L'ASSISTANCE. — Un rapport sur les résultats acquis durant la seule année 1892 par les femmes se termine ainsi : 1° Entrée des femmes dans les bureaux de bienfaisance au même titre que les hommes, c'est-à-dire comme administrateurs, visiteuses, contrôleuses ; 2° Entrée des femmes à l'Assistance publique sous la forme du professorat aux écoles des infirmiers et infirmières, fondées en 1878, par le Conseil municipal ; 3° Ouverture, aux femmes, des concours au poste de médecin des bureaux de bienfaisance.

HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS. — M. le Dr Robert HALMAGRAND vient d'être nommé chirurgien chef de service à l'Hôtel-Dieu d'Orléans. — M. le Dr DUFOUR a été nommé-adjoint. — Grâce au zèle et à l'activité du Dr Chipault, chirurgien en chef, le service chirurgical prend de jour en jour une grande importance et mérite tous les éloges par sa bonne tenue.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A GRÈZES. — L'épidémie de fièvre typhoïde qui a éclaté à l'orphelinat agricole de Grèzes, près Laissac, suit son cours avec violence. Le nombre des malades a augmenté, il était de 45 la semaine dernière. Le préfet a fait appel au ministre de l'intérieur qui a envoyé de Paris M. le Dr Thoinot, pour examiner la situation et tâcher d'arrêter les progrès du mal. M. Thoinot s'est rencontré à Grèzes avec les membres du conseil d'hygiène. Il a constaté avec eux que l'épidémie provenait de la mauvaise tenue de l'établissement. Il a engagé le préfet à prescrire immédiatement des mesures de désinfection énergiques. L'orphelinat de Grèzes est un établissement privé créé et dirigé par des religieuses. Il vit de la charité publique. Sa caisse est vide. Aussi le préfet s'est-il empressé de demander un secours de 5,000 francs au ministre de l'intérieur.

LES RÉCOMPENSES DE L'ASSOCIATION DES VOYAGEURS DE COMMERCE. — Cette semaine a eu lieu l'assemblée générale de l'Association des voyageurs de commerce, sous la présidence de M. Charles Prévet, député. La parole a été donné à M. Follot, membre du conseil, qui a donné connaissance du rapport sur la situation morale de la Société et a annoncé tout d'abord que le Conseil d'administration avait accordé des récompenses à des sociétaires dont un certain nombre sont médecins. Voici le nom et la récompense obtenue par l'un de nos confrères : Médaille d'argent. M. le Dr Hays, à Paris. Puis, M. Charles Prévet, président, a annoncé qu'il était chargé par M. le ministre de l'intérieur de remettre des récompenses décernées par M. le Président de la République ; parmi celles-ci nous notons : Médaille d'argent, M. le Dr Picqué, chirurgien des hôpitaux.

MÉDECINS-SÉNATEURS. — M. le Dr Francoz, par 407 suffrages contre 185 voix, vient d'être élu sénateur de la Haute-Savoie.

UN MÉDECIN MINISTRE. — Au ministère des Affaires-Etrangères, M. Ribot a été remplacé par son collègue M. Jules Develle, qui lui-même a été remplacé au ministère de l'Agriculture par un nouveau membre, M. le Dr Viger, député du Loiret, vice-président de la commission des douanes, de la nuance de la gauche radicale.

UN NOUVEAU JOURNAL. — Il vient de paraître une nouvelle publication médicale, les *Annales médico-chirurgicales* du Cercle médical borain, sous la direction du Dr Van Hassel de Paturages. Nous lui souhaitons bonne chance.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr HESNARD (de Corlay, Côtes-du-Nord). Ce pauvre confrère, ancien médecin de la marine, marié à une Japonaise, avait exercé jadis au Japon. Terrassé par la maladie, il a lutté jusqu'à la mort avec un courage sans pareil, se faisant conduire, couché dans sa voiture et condamné lui-même, auprès de ses malades. Il laisse une veuve et des enfants dans la plus profonde misère. Nous avons signalé ce dénûment à la Socété des médecins des Cotes-du-Nord qui a, croyons-nous, déjà ienvoyé un secours. Si quelques personnes charitables pouvaient venir en aide à la veuve de ce confrère, nous serions heureux d'avoir à lui faire parvenir même les plus modestes oboles. (M. B.). — M. le Dr Gustave TITECA (de Belgique), médecin de régiment de 1re classe, membre correspondant de l'Académie de Bruxelles. — M. le Dr G. JOSSEL, professeur d'anatomie à la Faculté de Strasbourg. — M. le Dr LEANNING, professeur honoraire de médecine à la policlinique de New-York. — M. le Dr LUIGI (Amabile), ancien professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Naples, auteur de travaux sur les corps mobiles articulaires, les fistules vésico-vaginales, etc. — M. le Dr OZANNE, chirurgien honoraire de l'Hôpital de Versailles, médecin du Lycée, officier de l'Instruction publique et chevalier de la Légion d'honneur, reçu docteur en 1840. — M. le Dr PATENOTRE, de Bastia. — M. le Dr SAUVAGE (de Paris). — M. GÉRARD, élève de l'Ecole de santé militaire. — M. le Dr MUSSET, conseiller général républicain de la Gironde pour le canton de Castillon, mort subitement. C'est le Dr Musset qui avait arraché son canton à la réaction, en battant aux dernières élections M. Troplong, réactionnaire, conseiller sortant. — M. le Dr PONS (d'Alger).

On nous annonce de Marseille le décès de M. le Dr HORTELOUP, chirurgien de l'hopital Necker. Il vient de mourir des suites d'une longue et douloureuse maladie à Hyères, où il s'était installé depuis

le mois d'octobre. Nous publierons dans notre prochain numéro une note biographique sur ce chirurgien.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* M. le Dr CHARCOT recommencera ses leçons le mardi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Cours de M. Albert ROBIN. (Service d'hiver): Leçons de thérapeutique clinique, vendredi à 9 h. 1/2, amphithéâtre N° 3. Examens des malades nouveaux, clinique de therapeutique, mercredi à 6 h. salle Piorry et Lorrain. (Service d'été): Clinique pathologique, jeudi à 9 h. 3/4, laboratoire de service, conférences cliniques par des candidats au bureau central, lundi, samedi à 10 h.

HÔPITAL DE LOURCINE. — M. le Dr DE BEURMANN : Leçons pratiques sur les affections vénériennes et syphilitiques, le lundi à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux :* M. DEJERINE, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales :* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants :* M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — M. le Dr F. RAYMOND recommencera ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le jeudi 19 janvier 1893, à 10 heures du matin, à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Publications du Progrès Médical.

VIENT DE PARAITRE

HISTOIRE DE LA SECTION DES ENFANTS DE BICÊTRE

(1879-1892).

Par BOURNEVILLE

Volume in-8 de 140 pages, avec 11 figures et une planche hors texte. — Prix: 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . 2 fr. 75

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

BOURNEVILLE. — **Histoire de la fondation Vallée.** Brochure in-8 de 72 pages, avec trois plans. — Prix : 2 fr — Pour nos abonnés. 1 fr. 50

BUDIN (P.) et CHAVANE. — **Hygiène de l'enfance** (Note sur l'allaitement des nouveau-nés). Brochure in-8 de 23 pages, avec 9 figures. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

CARIOPHILIS. — **Complexus symptomatique constitué par de l'aphagie** (Refus de manger). **Alalie** (Refus de parler), et **Astasie-Abasie, guéri par la suggestion forcée.** Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 0.50 c. — Pour nos abonnés . . . . 0.35 c.

LELOIR (H.). — **Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes** (Lupus et tuberculoses qui s'y rattachent) Volume in 4 de 405 pages, avec 32 figures dans le texte, 22 tableaux statistiques et un Atlas de XV planches en chromo-lithographie et en bio-gravure. — Prix : 30 fr. — Pour nos abonnés . . . . 22 fr. 50

RAYMOND (F.). — **Etiologie du tabes dorsal.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, 19.

CULLERRE (A.). — La thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, à la chirurgie, à l'obstétrique et à la pédagogie. Volume in-12 de 318 pages. — Prix. . . . . 3 fr. 50

Librairie H. LAMIRAULT et Cie, 61, rue de Rennes, Paris.

Si nombreux sont les articles intéressants qui figurent dans la 43e livraison de la *Grande Encyclopédie* que nous ne pouvons qu'en énumérer le titre et donner les noms de leurs auteurs. Ces renseignements suffiront, d'ailleurs, pour engager nos lecteurs à faire dans ce recueil une série de lectures des plus agréables. Nous attirons principalement leur attention sur les travaux de M. le Dr HAHN sur la *Fécondation* au point de vue de la physiologie végétale, de M. le Dr H. DE VARIGNY sur la *Fécondation* au point de vue de la physiologie animale, de M. KNAB sur la *Fécule,* de M. Ch.-V. LANGLOIS sur le *Fédéralisme,* de M. A. JEANROY sur les *Fées,* de M. POUGIN sur la *Féerie,* enfin, l'étude vibrante de M. Paul MARIETON sur le *Félibrige.*

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain

ZUNE (A.-J.). — Mémoire sur la filariose (morphologie, anatomie, physiologie, pharmacognosie, thérapeutique). Brochure in-8 de 32 pages, avec 8 figures et 4 planches hors texte. — Prix. . . . . 3 fr.

MOLLIÈRE (H.). — Du traitement des formes graves de la colique hépatique par les grands bains froids. Brochure in-8 de 14 pages. — Lyon, 1892. — Librairie médicale de J.-P. Mégret.

CHERVIN. — Diagnostic différentiel du bégaiement et des autres troubles de la parole. Brochure in-8 de 11 pages. — Paris, 1892. — *Union médicale.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS — IMP. V GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 3. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 21 JANVIER 1893.

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

Du Dermographisme (*Suite*) (1);

par le Dr T. BARTHÉLEMY, médecin de Saint-Lazare.

Les *principales marques* qui sont signalées comme ayant entrainé la conviction de ces pourvoyeurs de bûchers sont les suivantes : des cicatrices, une excroissance de peau, surtout si elle était colorée, des touffes de poils, des nœvus pileux, vasculaires et surtout pigmentaires, des lentigos, des kéloïdes, des dépressions calomnie et le parti pris et assourdis par l'ignorance.

Dans le récit d'un exorcisme (Legué, *Urbain Grandier*, p. 228), le maître exorciste « conjure le diable de monter aux parties supérieures et de se montrer par quelque couleur au visage. Quand les pauvres créatures ne se mettent pas aussitôt en fougue, il leur hoche parfois la teste bien rudement et les mettant sur son giron leur presse le saint-ciboire sur le front, jusqu'à ce que l'émotion ordinaire les prenne. » Il est certain que, si le dermographisme avait existé en pareil cas, c'eût été un excellent moyen de le faire apparaître.



Fig. 4. — Dermographisme blanc crayeux.

ou des saillies anormales du derme, des taches insolites, des colorations anormales, érythèmes et urticaires, tout cela était suspect; tout cela jouait un rôle et souvent un rôle *capital*. Mais le signe de la Possession par excellence était la plaque anesthésique, qui caractérise aujourd'hui l'hystérie, avec ce fait aggravant que la piqûre ne donnait pas lieu à l'effusion du sang, que l'aiguille retirée des tissus n'était pas teinte de sang, et, lorsqu'un second examen de contrôle avait lieu, huit jours après, de l'absence d'écoulement purulent dans le point piqué : l'asepsie était donc pour l'accusé une chose déplorable ! Tels étaient les signes qui emportaient la conviction de ces juges, aveuglés par la

(1) Voir Nos 1 et 2, 1893.

Du moins, d'après les recherches que nous avons faites, le dermographisme ne semble pas avoir eu un usage tragique. Dans les cas rares où il a été remarqué il n'a servi qu'à confirmer dans l'idée d'une manifestation divine; ce n'était plus du sorcier, mais de l'ensorcelé qu'il s'agissait. Certes, il a contribué à l'exploitation de la crédulité publique; mais il ne semble pas avoir causé la mort d'un accusé.

Je l'ai trouvé signalé très nettement comme existant sur la supérieure des Ursulines possédées de Loudun (Legué, *Urbain Grandier*, Charpentier, 2e édition, Paris, 1884, p. 314). Ici, le dermographisme semble avoir été intermittent, mais avoir duré six années.

Nous lisons : « Lord Montaigu signa un procès-verbal où l'on racontait que « le démon Balaam, étant com-

mandé d'abandonner le corps de Jeanne des Anges et d'écrire en sortant le nom de Joseph sur le revers de la main gauche, exécuta ce commandement et grava en caractères sanglants le nom de Joseph. » Il faut dire que pour d'autres spectateurs le fait ne parut qu'une véritable duperie.

Page 320. — « Vers le même temps, Jeanne des Anges entreprit un pèlerinage au tombeau de saint François de Sales dont le nom était écrit sur sa main, au-dessous de ceux de Jésus, de Marie et de Joseph.

Page 324. — « Pendant la semaine sainte, les noms gravés sur sa main devenaient d'un rouge plus intense, rutilant, et le peuple se pressait en foule pour les admirer. » Manuscrit de la bibliothèque de Tours, année 1638).

Au nombre des curieux se trouva le voyageur Monconys : « J'allai voir, dit-il, la supérieure des Ursulines de Loudun, et j'eus la patience de l'attendre dans le parloir plus d'une grosse demi-heure ; ce retardement me fit soupçonner quelque artifice ; c'est pourquoi je la priai de me montrer les caractères que le démon qui la possédait lui avait marqués sur la main, lorsqu'on l'exorcisait ; ce qu'elle fit et, tirant le gant qu'elle avait à la main gauche, j'y vis en lettres couleur de sang : Jésus, Marie, Joseph, F. de Sales.

« A la fin de ma visite, avant de prendre congé d'elle, je souhaitai de revoir sa main qu'elle me donna fort civilement au travers de la grille. Alors, la considérant bien, je lui fis remarquer que le rouge des lettres n'était plus si vermeil que quand elle était venue, et comme il me semblait que ces lettres s'écaillaient et que toute la peau de la main s'élevait comme si c'eût été une pellicule d'eau d'empois desséché, avec le bout de l'ongle j'emportai, par un léger mouvement, le jambage de l'M, ce dont elle fut fort surprise. »

Page 338. — Les témoignages de l'abbé d'Aubignac, de Voiture, de Mesnage, s'accordent avec ceux de Monconys, pour ne voir dans ces prétendus stigmates qu'une œuvre picturale chaque jour rafraichie.

« La simulation est si évidente en cette affaire qu'il nous semble inutile d'invoquer, pour expliquer l'apparition de ces noms, certains troubles trophiques assez fréquents chez les hystériques ». (Voyez Gilles de la Tourette et Legué, Sœur Jeanne des Anges ; — Gilles de la Tourette et Dutil, Troubles trophiques dans l'hystérie ; — N. Icon. Salpêtr., n° 6, 1889. — Athanassio, Troubles trophiques dans l'hystérie, th. de Paris, 1890).

Legué pourtant fait, et avec raison à notre avis, quelques réserves, le dermographisme nous paraissant ici réalisé et suffisant amplement pour expliquer le phénomène qu'un peu de couleur renforçait peut-être.

Page 340. — Quand le signe faisait défaut (intermittence du dermographisme), l'explication était facile pour les exorcistes : « le pacte du magicien était à condition que ces marques-là ne paraitraient point en cette possession. »

Supercherie admise, ne fût-elle qu'un symptôme pathologique en plus, il ne peut être douteux que la supérieure des Ursulines ne fût une hystérique renforcée (*Hysteria major*). Cette possédée était une malade, mais une malade dangereuse à cause du milieu et de l'époque dans lesquels elle vivait.

Dans un autre travail, le dermographisme nous paraît encore moins contestable. La main du diable, la croix sacrée sont nettement dessinées dans ce vieux livre fort remarquable, écrit en latin, qui m'a été signalé par le professeur Fournier et prêté par le professeur Ch. Richet. Il est intitulé ainsi qu'il suit :

Opera
Gioberti Vœtii
Theologica in Acad. Ultrajectina professoris.
Selectarum disputationum theologicarum pars secunda.
Succineta et candida
Rei totius narratio.

Caput primum. — Locus præcipuarum apparitionum, quis spiritus, et cui maxime apparuerit.

Exergue. — Miseremini mei, miseremini mei, saltem vos amici mei, quia manus Domini me tetigit, etc.

Récit d'un fait merveilleux observé près de Posonium (Presbourg) à l'occasion d'un certain esprit, venu du purgatoire, apparu du 24 juillet 1641 au mois de juin 1642, à une fille, lui parlant, lui demandant du secours, et enfin délivré.

A L'APPUI DE CE RÉCIT, EXISTENT DES TÉMOIGNAGES ASSERMENTÉS, DES ACTES PUBLICS ET DIVERSES OBSERVATIONS CONSIGNÉES DANS LES *Archives sacrées* DU *Chapitre de Presbourg* (CAPITULI POSONIENSIS)

Publié
Sous l'autorité et avec l'ordre de Georges Lippaï,
archevêque strigoniensis.
D'après l'exemplaire imprimé à Presbourg en 1643.
Trajecti ad Rhenum,
ex officinâ Jean a Waesberge, éditeur.

« Posonium, urbs est in Hungaria celebris, ad Danubium, decem milliaribus a Vienna distans, etc. (Voyez p. 1147). »

« Magdalena, Virgo puella, annorum circiter 17, ex honestis parentibus oriunda, etc.

Suivent les noms, la profession, les antécédents et le reste de l'observation très détaillée et très complète, avec des témoignages déposés sous serment (ex juratis testibus), accompagnée de considérations très argumentées et très documentées, le tout à l'appui et comme preuves de l'existence et de l'apparition des Esprits (de signis et probationibus spirituum), etc., etc.

Premier fait. — 1er et 2e chapitre, p. 1150 — « nam ex naribus et ore, tam copiosus eruor profluxit ut non modo facies et manus, etc... Vulnus tamen nullum in virginis corpore apparuit. »

Deuxième fait. — 3e chapitre, p. 1151 — « *Visa lumina* et nonnulla alia quæ eodem pertinent... »

Troisième fait. — 4e chapitre, p. 1152. — « Indicia data et relicta signa, tum doloris quo spiritus cruciabatur, tum quibus spiritum bonum se esse probant... Hactenus, fere blando vultu et ore spiritus comparuit et locutus est... Signum 2um ab eodem spiritu litteris inustum — una cum 4° signo, cruce videlicet Urseola impressa. Spiritus probatus — aut improbatus... ... spiritum rogat, ut si bonus sit, minimo se digito attingeret. Attigit in dextro brachio — et puella profecto sensit. Nam *pustula ex eo attactu statim ebullit*, eo doloris sensu ac si pars ille arderet ; mansit que macula, *ad rei fidem*, eam que viderunt domestici. Porro, ne eacodæmonius putaretur hoc factum : paucis inde diebus, spiritum urget, ut si bonus sit, *signum sanctæ crucis efformet* : En, ait-ille, quod postulas simulque cum eo dicto crucem flammeam et dexteram manum, etc... » « Neque tamen contenta Puella. »

Le fait est rapporté comme extraordinaire, fabuleux, et je n'ai pas vu qu'il ait donné lieu à un procès ni à une peine quelconque, soit que les acteurs fussent restés définitivement inconnus, soit que leur vie ou leur situation n'importassent à personne.

Ecchymoses spontanées. Hémorrhagies cutanées. — Je terminerai en rappelant que les ecchymoses spontanées, en dehors de toute raison mécanique, sont admises comme incontestables et comme assez fréquentes. Le plus souvent on les trouve notées dans les observations qui ont trait aux sueurs de sang, aux hémorrhagies cutanées, aux stigmates sanglants de

l'hystérie, dont elles constituent souvent la période prémonitoire.

L'auto-suggestion du rêve nocturne ou de l'attaque peut produire des stigmates physiques, en particulier de ces ecchymoses spontanées que l'on a rencontrées dans les épidémies de possession, où les hystériques qui croyaient avoir été agitées ou battues par le diable, montraient ces ecchymoses comme des traces indéniables des coups qu'elles disaient avoir reçus.

Ferrand (Hôtel-Dieu Saint-Etienne), *Bul. Méd.*, 2 avril 1890) signale un cas d'hémorrhagie par la peau chez une stigmatisée : « à part les régions pileuses comme le cuir chevelu et le pubis, il est peu de points du corps qui n'aient à un moment donné laissé transsuder quelques gouttes de sang. » Il y a eu aussi hématémèse, épistaxis, métrorrhagie et il ne s'agissait ni d'hémophylie, ni de purpura. Les plus fréquentes hémorrhagies avaient lieu par les conjonctives, les mamelons, la paume et le dos des mains, les conduits auditifs externes, les pommettes et le nez. Il y a d'abord quelques douleurs locales sourdes, puis de petites vésicules apparaissent qui se rompent ; le sang transsude et s'écoule lentement d'une manière continue.

V. — DIAGNOSTIC.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général très facile ; il suffit de passer l'ongle, ou un crayon, ou un stylet mousse, ou le manche d'un porte-plume en divers points du corps, ceux notamment que nous avons signalés comme des points d'élection (thorax, abdomen) et d'y graver rapidement divers caractères pour voir au bout de quelques instants apparaître les effets que l'on sait. Il suffit d'y penser.

Ce n'est donc pas là que git l'intérêt, mais bien dans la question de savoir quelle relation existe entre le *dermographisme pur*, simple trouble vaso-moteur indéfiment persistant sans prurit, sans chaleur, sans fourmillement, sans anesthésie ni hyperesthésie et l'*urticaire vraie* prurigineuse, spontanément éruptive, — en tant du moins qu'une urticaire soit vraiment spontanée (Voir les travaux de Schwimmer, 1880 ; — de Michelson, 1882 ; — de Auspitz, de G. Lewing, 1887 ; — de Leloir, 1887 ; — de Jacquet, 1888-1890, etc.) produisant soit sur la peau, soit sur les muqueuses, des élevures rosées à centre blanc ou des plaques œdémateuses, congestives ou fluxionnaires, disséminées çà et là, survenant par poussées chez des sujets sur lesquels le nervosisme est presque nul, mais l'arthritisme très prononcé, surtout après des écarts de régime ou après diverses intoxications, etc.

En effet, l'association de ces deux phénomènes a été trop fréquemment signalée et par des observateurs trop autorisés pour qu'il n'en faille pas tenir compte au moment d'établir un diagnostic de causalité.

Le diagnostic différentiel sera basé sur les points suivants :

Tous les urticairiens vrais ne sont pas dermographiques, tous les dermographiques sont loin d'être urticairiens.

Disposition latente des téguments dans la totalité de leur surface à produire le dermographisme, le point où celui-ci se produit étant manifestement accidentel.

Limitation exacte du phénomène au point tégumentaire excité.

Absence de prurit; quelques sensations de chaleur, de cuisson ou quelques fourmillements passagers étant exceptionnels même après l'ingestion d'aliments propres à favoriser les démangeaisons : moules, fraises, écrevisses, café noir (Mesnet). Tous ces caractères sont bien différents de ceux de l'urticaire si pénible et si involontairement subie par les sujets.

Nous pensons donc qu'il faut admettre la réalité de l'indépendance de ces deux états de la peau ; pourtant, il y a lieu de tenir compte de ce fait important que, dans un notable nombre de cas, le pouvoir spécial de turgescence qu'acquiert une peau susceptible de se couvrir d'une éruption urticarienne peut, aussi et indépendamment de l'éruption, s'exercer sur les points simplement, directement et volontairement excités : de là, *le dermographisme* qui accompagne non pas la totalité, mais un certain nombre des urticaires vraies. C'est là, si nous ne nous trompons, l'opinion qui a été récemment défendue avec talent par Jacquet dont nous partageons la manière de voir, du moins à ce point de vue spécial. (V. *An. de Dermat.*, 1890).

Depuis longtemps déjà les auteurs ont signalé comme un caractère constant et pouvant aider au diagnostic de l'*urticaire pigmentaire* (Lewinsky : Virchow's Archiv. für path. Anat. etc., vol. 88, cahi. 3b. — G. et F. Hoggan, Monatshefte für pract. derm. vol. 1, n° 8) le pouvoir de turgescence qu'ont les taches disséminées, soit érythémateuses, soit maculeuses.

Si, à leur surface on vient exciter la peau en la fouettant avec l'extrémité des ongles, on voit presque aussitôt ces points, qui étaient aplatis, devenir saillants ; bref c'est du dermographisme qui ne diffère du dermographisme typique que, parce qu'au lieu d'être continu, il est *interrompu* par les espaces de peau saine.

Le médecin devra faire le diagnostic de l'état général dominant chez le dermographique sans oublier la lèpre qui, d'après Kalindero, présente une bien remarquable disposition au grand dermographisme.

Dermographisme blanc ou crayeux. — Nous avons eu à observer une variété de dermographisme que nous croyons tout différent du précédent. Il importe de signaler son existence à l'attention des dermatologistes car nous n'avons trouvé cette forme encore signalée nulle part.

C'était chez une jeune femme très nerveuse, arthritique, ayant eu de l'asthme nerveux, pour lequel on l'avait gorgée d'iodure de potassium ; jamais d'urticaire ni de dermographisme au préalable. Sur les entrefaites, survint une éruption érythrodermique généralisée avec une sorte d'infiltration et d'épaississement du derme. D'abord simplement érythémateuse, cette affection devint ensuite très légèrement squameuse ; puis la peau devint sèche, dure, sans souplesse, et le siège de démangeaisons d'une intensité et d'une continuité désespérantes ; bien que de temps en temps, surtout quand la malade commençait à se gratter, un accès de prurit, parti du point primitivement gratté et étendu ensuite à tout le corps, vint encore augmenter les souffrances de la malade qui avait perdu tout repos et tout appétit. Sur le dos des mains exclusivement, la dermatose était plus accentuée. Il y avait une tuméfaction prononcée de la rougeur, de la douleur, tout à fait au début du mal, et de très nombreuses et très petites vésicules abondamment suintantes.

Le diagnostic d'eczéma avait été porté ; ce ne fut point notre avis, nous pensâmes plutot à une *neurotoxidermie* d'origine médicamenteuse. Cette opinion fut confirmée par notre excellent maître le Dr Besnier que nous appelâmes en consultation. Au bout de 6 semaines ou 2 mois, il ne resta plus guère que du pru-

rigo et, de loin en loin, une petite saillie folliculaire qui, érodée par le grattage, devenait soit une pustulette promptement séchée, soit une toute petite croûtelle brunâtre. C'est alors seulement et pour la première fois que les grattages amenèrent des stries persistantes et que se montra un dermographisme que j'avais vainement recherché jusque-là. On pourra juger de l'état de la malade par la photographie coloriée de Meheux que je fis faire à cette époque et par la belle et fidèle étude à l'huile que je dois au talent et à l'amitié du peintre Henri Cain.

Le prurit était si prononcé que la malade avait usé à se gratter ses ongles jusqu'à la racine. Le caoutchouc et l'enveloppement ouaté méthodiquement fait ne firent qu'augmenter les souffrances et il en fut de même de l'antipyrine administrée d'après les observations de Nitot et de Blaschko. Plusieurs fois, des accès de désespoir s'étaient emparés d'elle et, une fois entre autres, elle tenta de mettre fin à ses jours. Je la soumis alors à l'hydrothérapie tiède, puis froide, qui la calma peu à peu, puis je l'envoyai aux eaux où, malheureusement, quelques injections de morphine lui furent faites. Elle devint morphinomane pour plusieurs années.

Après une année et demie environ, la dermatose disparut complètement et le prurit ne reparut plus.

Quand la peau avait été grattée ou excitée, on pouvait voir se produire, même sur une grande étendue, une sorte d'urticaire exclusivement développée autour des follicules pilo-sébacés ; c'était comme une peau érectile, une *cutis anserina* très étendue, sorte de *chair de poule* hypertrophique et turgescente ; puis apparaissaient des stries d'abord rosées, comme veloutées, couleur de fleur de pêcher, à reflets blanchâtres, stries très nettes, quoique sans aucune saillie ; bientôt devenant tout à fait blanches, donnant tout à fait l'*aspect de raies tracées à la craie* qui persistaient très nettement pendant au moins 25 minutes.

Or, j'ai dit que la peau était extrêmement peu squameuse ; il ne faut donc pas confondre ce dermographisme blanc, avec la simple trace blanche que forme l'ongle passé sur un épiderme desséché, craquelé, véritablement squameux.

Il s'agit évidemment d'un état de la peau tout à fait de même nature que le dermographisme que nous avons décrit précédemment, mais, avec une apparence blanche, crayeuse, si différente de tout ce qui a été décrit, qu'il y a lieu, pensons-nous, d'en faire une variété spéciale.

Cette variété se rapproche aussi, mais ici avec beaucoup plus d'intensité et de vivacité de ton, de ce qu'on constate dans la *scarlatine* arrivée à la période de desquamation. Dans ce cas, la moindre excitation de l'ongle reste gravée et apparaît sous forme d'étroites raies rosées légèrement soupoudrées de farine blanche où il est facile de reconnaître de fines pellicules sèches et blanchâtres ; il n'en était pas ainsi dans le cas de dermographisme crayeux que nous venons de rapporter.

Le *dermographisme de la scarlatine* ne dure d'ailleurs que deux ou trois minutes au plus. Il paraît dès la période d'éruption rose et bien avant la période de desquamation, mais il se montre longtemps encore après que celle-ci a commencé. Comme Duguet le montre souvent dans son service à Lariboisière, il a une physionomie assez spéciale pour servir à un diagnostic rétrospectif souvent fort utile.

Pour ce qui est des *dermographismes de la fièvre typhoïde* et autres états similaires, ainsi que *celui de la méningite*, je n'ai pas eu occasion de les étudier d'assez près ni assez fréquemment pour être affirmatif, mais il me semble qu'ils n'ont rien d'assez spécial pour qu'un médecin qui ne verrait qu'eux puisse, de par ce seul signe porter le diagnostic de dothiénentérie ou de méningite. Il n'en est pas de même pour le *dermographisme scarlatin*.

Il est encore un point sur lequel le *diagnostic du* dermographisme peut donner lieu à quelques considérations intéressantes dans la pratique. Il est bon d'en être prévenu puisque plusieurs, et non des moins expérimentés, s'y sont laissé prendre. Je veux parler de *la simulation* de diverses maladies éruptives au moyen d'un dermographisme saillant et très sensible, comme il arrive parfois même chez les hommes.

La première fois que nous avons eu un cas de cet ordre sous les yeux, c'était dans le service de Duguet, à Lariboisière, où le malade était venu échouer après avoir simulé, dans d'autres hôpitaux, tantôt une scarlatine, tantôt une variole au début (au moyen de l'embouchure d'un étroit porte-plume ou d'une clef de montre), tantôt enfin une autre dermatose avec l'orifice d'une clef creuse ou tout autre instrument approprié. Cette fois, l'incorrigible comédien n'a pas pu mener son entreprise à bonne fin pour lui, mais la simulation était si habilement réalisée qu'il n'a pas fallu moins que la sagacité du maître clinicien pour dépister la véritable cause morbide et pour confondre le maître fourbe.

Le deuxième sujet que j'ai observé avec un dermographisme, assez sensible pour lui permettre de tenter toute simulation qu'il eût voulu, est celui à propos duquel la photographie ci-jointe a été faite : c'est le malade du service de Fournier. Notre excellent maître, avec sa libéralité habituelle, dont nous ne saurions trop le remercier, nous a donné toute facilité pour examiner et suivre de près toutes les singularités dermatologiques du sujet.

Ici, le dermographisme était rosé, incarnat, variant du rose pâle au rose vif, saillant, très longtemps durable, généralisé et si impressionnable que toutes les imitations de dermatoses étaient possibles, ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans la série de photographies ci-jointes, dues à MM. Paul Gers et Méheux, à l'habileté et à l'amabilité desquels j'ai grand plaisir à rendre ici des hommages mérités.

On peut voir chez ce sujet, non seulement toutes les inscriptions, tous les signes, toutes les impressions possibles, mais, ce qui est plus rare, le véritable *sigillum diaboli*, c'est-à-dire l'impression de la main, la marque des doigts, l'empreinte de la griffe satanique paraissant *en relief durable* : les traces sont restées gravées, soit par une application violente, soit par une simple imposition des mains, et, dans ce dernier cas, la photographie, très intéressante, représente nettement l'éréthisme des muscles érecteurs des follicules pilo-sébacés sous forme de petites saillies isolées (*cutis anserina* ou *chair de poule*) d'origine dermographique.

Pronostic. — Le dermographisme n'a pas d'autre signification que celle que nous avons déjà dite, à savoir : *nervosisme* et *arthritisme*, avec ceci de particulier que, lorsqu'il a duré 1, 2 ou 3 ans, plus ou moins, et qu'il vient à disparaître, soit graduellement, soit subitement, le sujet reste aussi arthritique et presque aussi nerveux

après qu'avant, de même qu'un graveleux qui vient de se débarrasser par des décharges successives du sable accumulé dans ses canaux reste arthritique après comme avant.

Le dermographisme ne compromet en rien l'avenir d'une santé ; il indique seulement qu'il y a lieu de surveiller le système nerveux, d'empêcher les écarts de régime et l'alimentation défectueuse, d'éviter les violentes secousses physiques ou morales, l'excès des veilles et des fatigues dépressives de la résistance générale, les accidents dans les irritations locales et cela dans la mesure du possible, de façon à ne pas provoquer les paralysies, les contractures et toutes autres manifestations concomitantes du nervosisme dont le dermographisme est véritablement le sceau ou le cachet.

Traitement. — Ce sont aussi les considérations précédentes qui devront guider le médecin dans la direction du traitement. Celui-ci consistera principalement dans l'emploi des toniques, et notamment de la strychnine, des médicaments propres à réaliser l'antisepsie gastro-intestinale, les préparations antifermentescibles, alcalines, naphtolées et autres, les laxatifs, etc. Il faut réduire au minimum l'usage du chloral, du bromure, de l'antipyrine, etc... Mais, ce que nous conseillons tout particulièrement, avec Kaposi, c'est le changement d'air et surtout l'*hydrothérapie*, soit froide, soit tiède, et, quand celle-ci n'est pas tolérée, les bains modérément chauds, d'abord très courts, puis graduellement prolongés : ce qui nous faisait dire, en 1883 (Trad. de Duhring), par allusion au sort réservé jadis au stigmatisés : « Autrefois le feu, aujourd'hui l'eau ! »

C'est par ce traitement que plusieurs de nos malades ont été définitivement guéris. Le sujet dermographique, si exceptionnement atteint du service de Paunier, en est une preuve bien concluante. Au bout de quatre mois, toute saillie avait disparu, même au thorax, même dans le dos. Et les traces, si marquées jadis à la face interne des avant-bras, étaient impossible à obtenir, même passagèrement, même à plat: phénomènes importants à signaler au point de vue de l'évolution même du phénomène.



Fig. 5. — Dermographisme Eruption simulée.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Par arrêté ministériel du 21 décembre 1892, sont nommés, pour un an, à dater du 1er décembre 1892, aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux, MM. Ziégler, Crozet, Cognacq. — Par arrêté ministériel du 28 décembre 1892, M. Jean-Baptiste-Charles-André Vénot, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, préparateur de médecine expérimentale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, à partir du 1er novembre 1892.

L'Inauguration de l'Hôtel des Etudiants a Bordeaux. — La Presse politique qui, comme toujours, reçoit seule les communications du Bureau de l'Association des Etudiants, nous annonce que des fêtes universitaires vont avoir lieu à Bordeaux, pendant trois jours, à l'occasion de l'inauguration de l'Hôtel des Etudiants, les 26, 27 et 28 février. M. Liard a promis de venir à Bordeaux présider aux banquets et aux réunions qui auront lieu à cette occasion. Il y aura soirée-concert au cercle, grand banquet de 700 couverts au Palais de Flore, excursion nautique en Gironde offerte aux délégués des Sociétés d'Etudiants françaises et étrangères venues pour les fêtes, enfin le grand bal des étudiants, qui sera encore plus animé et plus suivi que de coutume, clôturera ces fêtes universitaires. (*Gaz. heb. de Bord.*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Séance solennelle de la Société de Chirurgie.

Mercredi dernier 18 janvier, a eu lieu à 4 heures, avec l'éclat accoutumé, la séance solennelle de la Société de Chirurgie.

On pourra lire plus loin le compte rendu de cette cérémonie, ainsi que la liste des prix décernés cette année et l'énumération de ceux à distribuer l'an prochain. Nous ne voulons ici qu'attirer l'attention sur l'éloge prononcé ce jour-là par le secrétaire général, M. Ch. Monod. Notre cher maître, élève lui-même du Pr U. Trélat, n'a eu qu'à chercher dans ses souvenirs, pour tracer du célèbre chirurgien, dont nous déplorons la perte, un portrait aussi fidèle que remarquable par le style et l'élévation des pensées. Nous le publierons d'ailleurs *in extenso*, et quelques pages plus loin nos lecteurs en trouveront les premières lignes, principalement consacrées à une mémoire vénérée, celle de Trélat père.

Est-il besoin de rappeler à ceux qui sont restés des amis de la première heure par quelles tribulations passa le vieux médecin de la Salpêtrière, quelles marques de dévoûment donna à la République, à une époque aussi troublée que la nôtre, le père de l'orateur incomparable auquel, il y a deux ans, nous avons déjà consacré une notice nécrologique, — bien terne, hélas! auprès du vigoureux éloge de M. Monod? Est-il besoin de rappeler à nouveau les qualités brillantes du chirurgien, artiste autant que savant, qui fut Ulysse Trélat? Ce serait superflu. Aussi bien sommes-nous convaincu qu'on préfèrera lire en son entier la magistrale biographie tracée d'une main si sûre par le sympathique secrétaire général de la Société de Chirurgie.

Pour nous, nous souvenant que Trélat fut un des plus assidus collaborateurs du *Progrès médical*, nous sommes heureux de pouvoir consacrer encore ces quelques colonnes à sa chère mémoire, et de reproduire, à cette occasion, une fois de plus, les traits de cette grande figure (1). M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 janvier 1893. — PRÉSIDENCE DE M. DARESTE.

M. Ch. RICHET, en son nom et au nom de M. HANRIOT, expose quelques-unes des *propriétés physiologiques d'un corps nouveau*, déjà indiqué par Hefter, mais qu'ils ont pu obtenir à l'état de pureté : c'est le chloratose, combinaison du chloral et du glycose, que l'on prépare en chauffant à 100°, pendant une heure, un mélange de chloral anhydre et de glycose sec. Ce corps est un sucre volatil qui, injecté dans l'estomac d'un chien, à raison de 0,5 par kilogramme d'animal, procure un sommeil régulier, avec exagération de la sensibilité réflexe. Il s'ensuit que l'on peut faire, sur un animal ainsi préparé, la plupart des expériences sur les reflexes, sans le tirer de son sommeil, et, par conséquent, sans qu'il souffre. Le chat, l'oiseau supportent beaucoup moins ce corps que le chien. Les expériences faites par les auteurs sur eux-mêmes, par MM. Landouzy et Moutard-Martin, dans leurs services d'hôpitaux, ont montré qu'aux doses de 30 à 40 centigr. le chloralose déterminait un sommeil paisible de sept à huit heures.

M. MOTY a étudié les *urines de malades atteints du Bilhazia hematubia* sur un soldat du Val-de-Grâce, revenant de Tunisie. Il a constaté que l'éperon des œufs du parasite n'avait pas d'importance sur la migration de ces œufs. Les essais tentés pour faire absorber les œufs, soit à des grenouilles, soit à des mouches, n'ont pas réussi.

M. CHABRIN a étudié avec M. D'ARSONVAL *l'action du microbe pyocyanique sur les cultures de levure de bière*. Deux litres de l'eau sucrée et de la levure de bière sont placés dans une étuve à 37° ; on ajoute à l'un d'eux quelques gouttes d'une culture pure du microbe de Gessard; et la fermentation alcoolique se ralentit dans ce tube, tandis qu'elle continue dans l'autre avec son activité ordinaire ; d'autre part, si l'on recommence l'expérience en abaissant la température à 10°, il n'y a presque plus de différences entre la fermentation dans les deux tubes. L'interprétation de ces faits fera l'objet de nouvelles recherches.

M. CHABRIÉ a étudié *le passage de la graisse dans l'urine dans un cas d'hémato-chylurie parasitaire*. Il a constaté que la quantité de graisse éliminée augmentait quand l'albumine diminuait, et réciproquement. La ligature expérimentale de l'intestin, du moins chez le cobaye, la hernie étranglée, le mal de Bright, peuvent amener aussi des urines graisseuses.

M. GLEY a obtenu *expérimentalement une kératite* avec opacité de la cornée chez un chien rendu diabétique par extirpation du pancréas. Il s'agit là d'un trouble trophique tout à fait comparable à ceux que l'on observe dans le diabète clinique.

M. PAIHADE, de Toulouse, adresse avec note sur l'*action de l'alcool et du soufre sur la levure de bière*.

ÉLECTIONS. — M. DARIER est élu membre titulaire. La Société procède ensuite à l'élection de membres honoraires, de membres associés et de correspondants nationaux et étrangers. A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 janvier 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

M. LABOULBÈNE annonce la mort de M. DESNOS, membre de l'Académie, et rappelle, en quelques mots, ses principaux travaux, en particulier ses recherches de thérapeutique.

M. CHARPENTIER, à propos de l'*ischiopubiotomie* ou *opération de Farabeuf* décrite par M. Pinard dans la dernière séance, rappelle que Stolz a déjà décrit une opération analogue. La section du pubis était faite au moyen de la scie à chaîne, au voisinage de la symphyse. L'opération était sous-cutanée. L'écartement obtenu était immédiat et pouvait être notablement augmenté par les tractions. Cette pubiotomie mérite donc d'être signalée dans l'histoire de l'ischiopubiotomie.

M. CHARPENTIER lit ensuite la seconde partie de son mémoire sur le *traitement de l'éclampsie puerpérale*. Au point de vue médical, il existe un traitement préventif merveilleux de l'éclampsie. C'est le régime lacté se prescrivant contre l'albuminurie en général et l'albuminurie gravidique en particulier. En examinant l'urine de toutes les femmes enceintes, en instituant le régime lacté intégral dans tous les cas d'albuminurie, on préviendra presque sûrement l'éclampsie. L'eclampsie déclarée, le lait continuera à être donné aussi abondamment que possible. Si la femme est forte, robuste, cyanosée, la saignée constituera le moyen le plus immédiatement efficace, à condition de tirer 400 à 500 gr. de sang. Bientôt, après la saignée, on commencera le chloral. On peut se contenter du chloral seul chez les femmes délicates, anémiques, quand les accès sont rares et espacés, l'asphyxie peu marquée. Au point de vue obstétrical, la règle est d'attendre le tra-

(1) A cette séance solennelle assistaient comme d'ordinaire des représentants de la famille et quelques amis du défunt.

vail spontané et de laisser l'accouchement, qui d'ailleurs marche ordinairement vite, évoluer seul. Si l'accouchement traîne en longueur, et en ce cas seulement, on interviendra. Si l'enfant est vivant, on emploiera le forceps ou la version. Si l'enfant est mort, on peut avoir recours à la basiotripsie, à la céphalotripsie, à la craniotomie. Ces interventions ne devront être faites que si le col est complètement dilaté ou dilatable, c'est-à-dire quand elles sont possibles sans violence. L'accouchement provoqué devra être absolument exceptionnel. L'opération césarienne, l'accouchement forcé et surtout l'accouchement forcé par incisions profondes du col doivent être absolument et résolument condamnés.

M. Guéniot croit qu'on doit distinguer deux variétés d'éclampsie : l'éclampsie d'origine réflexe, l'éclampsie d'origine toxique. Dans la première, le chloroforme et le chloral sont les meilleurs moyens. Dans la seconde, la saignée, enlevant avec le sang une masse proportionnelle de toxines, est seule efficace. En clinique, la difficulté de distinguer ces deux formes conduira à pratiquer surtout la saignée d'après l'état général, les accidents d'asphyxie. Mais le chloroforme et le chloral sont utiles, quelle que soit la variété. L'emploi du chloroforme a l'inconvénient d'exiger la présence du médecin pendant plusieurs heures. Bien que cet emploi soit efficace, on doit, en effet, maintenir, pendant 5 à 6 heures, une anesthésie profonde. Le chloral est par suite plus facile à donner. Les doses doivent être telles qu'elles produisent l'anesthésie complète. Le chloral sera donné en lavement pour éviter l'intolérance stomacale. L'accouchement forcé, les manœuvres violentes sont à rejeter, dans la forme toxique comme dans la forme réflexe. La plénitude de l'utérus n'est, dans la première forme, qu'un élément secondaire. L'hyperexcitabilité réflexe serait, dans la seconde, encore aggravée par les manœuvres opératoires.

M. Tarnier montre que l'*éclampsie* déclarée est toujours d'une gravité extrême. C'est sur le traitement préventif, le régime lacté absolu maintenu pendant une semaine au moins, qu'il faut surtout compter. L'hyperexcitabilité réflexe n'est que l'élément secondaire de la maladie. La toxémie est l'élément principal. Les malades réagissent plus ou moins contre cette toxémie, mais elles sont toujours intoxiquées. Dans des recherches expérimentales faites avec M. Chambrelent, M. Tarnier a constaté une augmentation très variable, mais constante de la toxicité du sérum sanguin chez les éclamptiques. Cette toxémie existerait même dans les rares cas sans albuminurie. L'éclampsie déclarée, c'est donc la saignée et une large saignée qu'il faut faire. Le lait en abondance est tellement indispensable pour diluer le sang, que si la malade ne peut boire on introduira du lait dans l'estomac par la sonde. On emploiera comme moyens adjuvants, soit le chloroforme, soit le chloral.

M. A. Robin rappelle que pour être sûr de ne pas méconnaître l'albumine dans l'une des femmes enceintes, il faut : 1° Employer des réactifs très sensibles ; 2° Examiner l'urine éliminée deux à trois heures après le repas, et qui parfois la seule albumineuse.

M. Albarran a pratiqué chez un homme de 31 ans, atteint d'un *épithélioma du col de la vessie*, extirpé une première fois en 1890 par la taille hypogastrique et récemment récidivé, une opération nouvelle. La symphyséotomie faite tout d'abord permit d'obtenir entre les deux pubis un écartement de 42 millimètres et de réséquer toute la portion envahie de la paroi vésicale. La veine fut fermée par un plan de sutures. On mit une sonde à demeure et le malade fut placé dix-sept jours dans une gouttière de Bonnet. Les suites furent très simples, sauf une fistule urinaire sus-pubienne qui guérit d'ailleurs spontanément. Opéré le 9 septembre 1892, ce malade a beaucoup engraissé, il a repris toutes ses occupations et marche très facilement. Il peut rester jusqu'à trois heures sans uriner. La trace de l'opération est à peine visible et se réduit à une cicatrice cachée dans les poils. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 30 janvier. — Présidence de M. Fernet.

M. Laveran, à l'occasion du procès-verbal, cite un *cas d'endocardite infectieuse* survenue chez un homme de 66 ans entré au Val-de-Grâce pour diabète. Les urines contenaient alors 66 grammes de sucre ; amaigrissement. Du délire étant survenu, on pensa qu'il s'agissait d'accidents cérébraux, d'origine diabétique. A l'autopsie, endocardite infectieuse du cœur gauche. La rate hypertrophiée, ramollie, est criblée d'abcès dont le pus renferme des streptocoques. Pancréas sain, foie de volume normal. Le point de départ de cette endocardite paraît avoir été l'estomac dont les parois renfermaient de petits abcès qui avaient pu être la cause de l'infection purulente. D'autre part, chez deux hommes ayant présenté de l'infection purulente et des thromboses cérébrales, il n'y avait pas d'endocardite. Aujourd'hui, on est fixé sur la nature de ces maladies ; les localisations seules diffèrent.

Après une allocution de M. Fernet et la lecture par M. Rendu de l'allocution préparée par M. Desnos, la séance est levée en signe de deuil (Décès de M. Desnos) (1).

La Société se forme ensuite en comité secret.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance solennelle du 18 janvier 1893. — Présidence de M. Chauvel.

M. le Président prononce l'allocution d'usage. Il fait une juste comparaison des antiques usages de la Société qu'il met en parallèle avec les habitudes actuelles. Quand reviendra-t-il, le temps des mœurs d'antan ? Tout porte à croire qu'il est passé pour jamais ; adieu les joutes oratoires..... La parole est aux faits, tout secs et dépourvus d'artifice.

M. Chauvel termine en rappelant les noms des morts de l'année et en proclamant les prix décernés par la Société.

M. Bouilly, secrétaire annuel, fait un résumé succinct des principales communications de 1892 (2).

M. Monod, secrétaire général, fait l'éloge du professeur Ulysse Trélat, ancien président de la Société de Chirurgie (3).

Prix décernés en 1892.

Prix Duval (300 fr.) : M. le Dr Vigneron (de Marseille) pour sa thèse : *De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein.*

Prix Laborie. — Le prix est partagé entre 3 compétiteurs, sur six qui ont concouru. — Ce sont : 1° M. Sieur (1.000 fr.). *Interventions chirurgicales dans les contusions graves de l'abdomen*) ; 2° M. J. Reboul (de Marseille) (800 fr.). (*Sur les transformations et dégénérescences des nævi*) ; 3° M. Choux (600 fr.). (*De la cure radicale des hernies musculaires*).

Prix à décerner en 1893.

Prix Duval (300 fr.). — *Prix* Laborie ([illegible]00 fr.). — *Prix* Ricord (500 fr.). — *Prix* Gerdy (1.000 fr.) (*De la cure radicale des hernies ombilicales*). — *Prix* Demarquay (700 fr.). (*Des opérations pratiquées par la voie sacrée ; indications ; résultats ; manuel opératoire*). — Pour les conditions de ces concours, voir le premier fascicule des *Bulletins de la Société de Chirurgie* de l'année courante.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 9 janvier 1893. — Présidence de M. Falret.

Roulement de médecins pour expertises médico-légales.

M. Benoit lit le rapport d'une commission chargée d'examiner un projet du Dr Lardier (des Vosges) qui voudrait *établir en France un roulement de médecins pour les expertises médico-légales*. La commission se prononce contre ce projet, dont elle ne voit aucun avantage ni pour le fonctionnement régulier de la Justice, ni pour les intérêts du corps médical. L'expérience de tous les médecins en matière médico-légale est très inégale ; cette seule considération suffirait pour

(1) Voir page 64.
(2) Vieille coutume, qu'on pourrait laisser tomber en désuétude, sans grands inconvénients.
(3) Voir page 58.

rejeter l'idée d'un roulement. Mais il existe des cas urgents où l'application du même principe serait inadmissible. Les conclusions de la commission sont adoptées à l'unanimité.

Un danseur monomane.

MM. Gilles de la Tourette et Damain font une communication sur un *danseur monomane*. (Cette communication a paru *in extenso* dans le dernier numéro, p. 30.)

M. Garnier ne veut pas ehicaner M. Gilles de la Tourette sur l'expression : monomane, dont il se sert pour désigner son malade. La preuve que son malade n'est pas un monomane se trouve dans l'existence chez cet individu de plusieurs autres syndromes épisodiques qui font de lui un vulgaire dégénéré. Mais cet individu n'est pas non plus un obsédé ; un vrai obsédé agit après une lutte psychique souvent considérable et il éprouve après l'exécution de l'acte non pas un sentiment d'anxiété comme le malade du Moulin-Rouge, mais, au contraire, un vif sentiment de satisfaction. Le malade de M. Gilles de la Tourette serait plutôt un dégénéré, qui éprouve le besoin de jeter dans l'admiration le monde qu'il fréquente.

M. Gilles de la Tourette. — Le malade que nous avons observé est un déséquilibré et non un dégénéré, terme abusif trop compréhensif, et dont on se sert à tort et à travers pour marquer l'insuffisance de nos connaissances en aliénation mentale; il a des manies multiples, mais ce n'en est pas moins un obsédé, quoiqu'en dise M. Garnier, la réalité des faits devant primer les hypothèses théoriques. Ce n'est du reste pas sur ce point que porte la discussion : il faut envisager le côté médico-légal. J. Roubinowitch.

CORRESPONDANCE

Le recrutement des Médecins militaires.

Monsieur le Rédacteur,

Les articles remarquables que vous avez consacrés à l'étude du Service de santé de l'armée, et dans lesquels votre collaborateur expose avec une patriotique sincérité les mérites et les défauts de notre organisation, ont été lus et hautement appréciés par un grand nombre de médecins militaires. Puisque le *Progrès médical* s'est attaché à cette œuvre de patriotique sollicitude, permettez à l'un d'eux d'intervenir dans une tout autre question, qui met pourtant aussi en jeu les ressorts vitaux de la patrie et les intérêts de notre corporation.

Dans votre numéro du 14 janvier, vous publiez un éehange de lettres entre M. le Dr M. Baudouin et M. P. Tissier, au sujet de la loi militaire et des études médicales. Peut-être ne répondrai-je exactement ni à l'un ni à l'autre de ces deux Messieurs, car je ne suis pas suffisamment au courant de la question pendante entre eux (1). Je erois pourtant qu'il est possible d'indiquer une solution pratique, raisonnable et patriotique à cette question.

Les articles du Dr Freeman mettent hors de doute (je veux dire : pour le grand public, car chacun de nous a depuis longtemps son opinion faite là-dessus) d'une part l'insuffisanee du cadre actif pour encadrer le eadre auxiliaire, et d'autre part l'insuffisance, au point de vue administration, du cadre auxiliaire appelé à la direction des deux tiers des formations sanitaires de campagne.

Ces deux graves inconvénients de notre organisation seraient grandement diminués si, au lieu de faire une année de service comme simple soldat, les étudiants en médecine faisaient une année de service comme médecin de réserve, dont six mois dans le service régimentaire et six mois dans le service hospitalier (2).

De cette façon, ils apprendraient vraiment leur métier de médecin militaire, c'est-à-dire qu'ils se familiariseraient effectivement avec les règlements militaires, l'organisation et le fonetionnement du Service de santé, le matériel, le commandement.

(1) La discussion Tissier-Baudouin *n'a pas de rapport* avec la question envisagée par M. Freeman : il s'agit là d'un point special d'une portée bien moindre (M. B.).

(2) *Voilà la vraie solution, la seule, l'unique*, comme nous ne cessons de le répéter personnellement depuis longtemps, à chaque fois qu'on nous a demandé notre avis (M. B.).

Et alors, plus tard, quand ils seraient appelés à la direction des formations sanitaires de campagne, ils sauraient l'administration et la direction pour de bon, et se tireraient d'affaire, même sans les comptables du cadre auxiliaire.

En outre, dès le temps de paix, ils nous seraient d'un très grand secours, ear nous n'avons pas assez d'aides-majors pour assurer le service hospitalier.

Enfin, nous connaîtrions leur valeur, leurs aptitudes pour la direction et le commandement, et nous pourrions pousser rapidement aux grades supérieurs ceux qui en seraient dignes.

Voilà des arguments militaires en faveur de la revision de la loi sur le recrutement, en ce qui concerne les étudiants en médecine. Cela se passe ainsi pour les élèves de l'Ecole centrale, qui, au bout de leurs trois ans d'études, sont admis comme officiers de réserve à faire leur année de service dans l'artillerie ou le génie. Et remarquez qu'ils auraient besoin d'avoir été simples artilleurs, bien plus que les médecins qui ne manieront jamais ni canon ni fusil.

Il faudrait done que les étudiants en médecine ne fussent pas appelés sous les drapeaux avant d'avoir leurs seize inscriptions et avant d'avoir passé tous leurs examens de doctorat, *sauf la thèse*, c'est-à-dire avant la sixième année. Et alors ils seraient appelés comme médecins de réserve, et non comme médecins auxiliaires.

Voici pourquoi je dis : sauf la thèse. Cela permettrait aux internes de continuer leur internat après avoir fait leur année de service (1). Nous-mêmes y avons grand intérêt, car plus ils seront instruits, plus ils nous rendront de services en temps de guerre.

De cette façon aussi les internes n'interrompraient pas, en réalité, leurs études puisque, faisant leur année de service comme aides-majors de réserve, ils pratiqueraient dans nos régiments ou dans nos hôpitaux, tandis que maintenant ils font fonction de simple troupier.

Sans doute ils ne pourraient exercer légalement, n'ayant pas passé leur thèse. Mais la loi ne nous engage pas, nous, et nous pouvons leur confier un service, sans que la loi et la thèse aient rien à y voir.

Et pourquoi ne supprimerait-on pas la thèse? A temps nouveau, institutions nouvelles. Car voyez l'injustice : supposez deux jeunes gens ayant commencé leurs études la même année. L'un finit la cinquième année et, devenu docteur, passe aide-major de réserve et, si la guerre éclate le lendemain de sa thèse, fait campagne comme offieier et médeein traitant.

Le second, reçu interne des hôpitaux, passe durant la cinquième année tous ses examens de doctorat, sauf la thèse. La guerre éclate : il part comme médecin auxiliaire, c'est-à-dire sous-officier, et il est placé dans un régiment ou un hôpital (presque toujours dans un régiment), où il sert d'aide (pas aide-major), c'est-à-dire d'infirmier. Et c'est lui pourtant qui est le plus instruit, lui qui pourrait être médecin ou chirurgien traitant ! N'est-ce pas l'absurdité même ?

Or, en temps de guerre, être officier ou sous-offieier devient une question de vie ou de mort, ear l'alimentation, le logement, le vêtement, la solde, etc., diffèrent du tout au tout. Si les deux sont estropiés pendant la campagne, l'un sera retraité comme officier et l'autre comme sous-officier : chose importante, pour qui n'a pas de fortune. S'ils sont mariés et qu'ils soient tués l'un et l'autre, la veuve de l'un aura une pension de veuve d'officier, et celle de l'autre une pension de veuve de sous-officier. C'est grave, quand on pense que l'Association de Prévoyance des Médecins ne pourrait subvenir à secourir tant de veuves et orphelins après les futures guerres.

Je m'arrête dans ces considérations, qui ne traitent la question qu'au point de vue militaire, jusqu'ici laissé dans l'ombre. Vous voyez quelle importance a précisément ce point de vue particulier, et je eompte sur l'intérêt qu'il présente pour excuser cette longue lettre.

Veuillez agréer, etc. Dr X...

(1) La restriction de notre correspondant a quelques inconvénients que nous ne pouvons développer ici. *Il serait bien plus simple de permettre aux internes de passer leur thèse* (ce que nous demandons depuis longtemps) ou *de supprimer la thèse* (ce que nous demandons encore depuis longtemps). (M. B.).

HISTOIRE ET CRITIQUE

Les véritables promoteurs de l'antisepsie (1).

(*Suite*).

Dès 1860 (en particulier le 8 octobre dans le service du Dr Bazin, à l'hôpital Saint-Louis), Lemaire avait expérimenté l'action de l'acide phénique seul, en dissolution dans l'eau, pour le traitement des plaies. Son exemple fut suivi et, en 1861, les pansements phéniqués commencèrent à se répandre un peu dans les hôpitaux, mais seulement à titre de désinfectant et non à titre d'agent préventif ; les observations ne laissent aucun doute à cet égard. Et fussent-elles affirmatives dans le sens de ceux qui rapportent à cette époque l'apparition de l'antisepsie en France, les expériences et les conclusions de Lemaire, qui datent de 1860, attribueraient encore sans conteste la priorité à ce dernier auteur, et à Le Beuf, inventeur du produit qu'il a d'abord employé.

Mais il n'en est rien, en 1861 on n'a pas fait, avec l'acide phénique, de l'antisepsie dans les hôpitaux, on a fait de la désinfection. Un honorable praticien, M. le Dr Déclat, qui tient à revendiquer pour la France la première application des pansements antiseptiques, le reconnaît lui-même lorsqu'il dit dans un article récent (*Rev. générale de l'Antisepsie*, n° 9, 25 sept. 1892, p. 274, et 25 oct. 1891) que « les pansements phéniqués ont été employés dès ce moment par les chirurgiens Gros et Maisonneuve, Richard, Péan, qui avaient été témoins des effets de la médication antiseptique sur une gangrène traumatique, à l'hospice des Frères Saint-Jean-de-Dieu » et qu'il ajoute : « Il faut qu'il soit bien établi que la France appliquait les pansements phéniqués dix ans avant que Lister les eût inventés. » Notre confrère a raison pour le fond, mais ce n'est pas dix ans, c'est onze ans qu'il faut dire. En effet, les chirurgiens se servaient à cette époque de l'acide phénique comme ils se servent maintenant du chlorure de zinc contre les plaies de mauvaise nature. Ce qui le montre, c'est le fait même cité par M. Déclat. Une gangrène traumatique est infectée, et très infectée, le pansement phéniqué qu'on lui a appliqué est désinfectant, non antiseptique.

Le principe de la méthode de sir Joseph Lister est absolument différent : il suppose que le malade à opérer n'est pas infecté, ou que, s'il l'est, l'opération doit supprimer le foyer d'infection et est dirigée en vue de la stérilisation de tous les ferments qui pourraient contaminer la plaie opératoire. L'acide phénique est employé contre le chirurgien, ses aides, ses outils, contre l'air surtout, si riche en miasmes, et non contre la plaie, que l'on protège au contraire à l'aide des taffetas vernis contre l'action irritante du liquide tueur de germes. Il serait puéril de rappeler ces idées connues de tous, et qui font la base même du traitement antiseptique, si on ne lisait dans la thèse de Lemaire, en 1860, et non pas en 1861 :

Pour empêcher le retour de la fermentation du pus dans les plaies suppurées osseuses opérées, après qu'on a vidé le foyer de suppuration et qu'on est arrivé sur l'os malade, il faut maintenir dans le foyer un peu d'émulsion de coaltar, et, sur son orifice, un plumasseau de charpie imbibé de ce médicament : « Car, dit-il, il ne faut pas oublier que la cause de la fermentation est dans l'air et que le coaltar la détruit. L'air peut pénétrer dans la lésion dès qu'il a traversé le coaltar; si celui-ci est en quantité suffisante, son action fermentescible n'est plus à craindre, (p. 90.) » Il est difficile d'être plus net, et, quand l'auteur de cette phrase vient d'établir par expériences que le coaltar agit par l'acide phénique et la benzine, de ne pas voir en lui le véritable promoteur de l'antisepsie par l'acide phénique.

Les propriétés antiseptiques de l'acide phénique ont donc été reconnues et son usage recommandé en 1860 (1).

Ses propriétés désinfectantes étaient au contraire mentionnées depuis longtemps : Liebig, en 1844, Gehrardt, en 1854. Parisel, Calvé, les avaient étudiées avant 1861. En 1862, lorsqu'après deux années d'expériences exécutées par les Bazin, les Blache, les Foucher, etc., les qualités antiseptiques et désinfectantes du Coaltar Saponiné Le Beuf furent bien reconnues, cette préparation fut définitivement autorisée par l'administration de l'Assistance publique de Paris, dans les services hospitaliers, sur la demande de la commission des médicaments et remèdes nouveaux dont faisait alors partie le célèbre Broca, l'un des fervents de la nouvelle méthode.

Plus tard, lorsque l'acide phénique a pu être obtenu industriellement en grande quantité, cet acide s'est en partie substitué aux émulsions de Coaltar qui agissent par lui. Mais, c'est alors qu'on a constaté ses dangers, sa causticité, la difficulté de l'avoir pur, de l'employer comme topique sur les muqueuses, et que l'on a cherché dans les autres agents anti-fermentescibles, tels que le sublimé corrosif, ou dans les anciennes émulsions, des topiques permettant d'utiliser les merveilleuses propriétés de l'acide phénique en évitant ses dangers. L'émulsion ne laisse en effet dégager que peu à peu l'acide phénique qu'elle contient à l'état de suspension fixe et combiné à d'autres corps. Son action est donc exempte des dangers inhérents à l'emploi des caustiques en nature.

D'autre part, les besoins de l'hygiène moderne ont fait chercher des produits moins chers que l'acide phénique, qui pussent être employés sans trop de frais aux grands lavages et aux désinfections d'immeubles. Le goudron de houille en nature est donc revenu en faveur, et différents produits hygiéniques employés comme désinfectants ont vu le jour, comme la naphtaline, le naphtol, le crésylol, la créoline, etc., lesquels ne sont que des dérivés du goudron de houille ou des émulsions de ses divers composants.

L'analogie de ces nouveaux produits avec le coaltar saponiné est donc très grande, mais cette préparation qui est en quelque sorte la synthèse de toutes les autres, puisque celles-ci en dérivent, a la bonne fortune d'avoir à son actif certains avantages qui la font encore préférer dans diverses circonstances, mais dans le détail desquels nous n'avons pas à entrer, notre but étant simplement de rappeler, ce qu'on semble parfois oublier, que le pansement antiseptique moderne, codifié par Lister, auquel revient ce grand mérite, est d'origine française et que ses initiateurs ont été Jules Lemaire, par ses expériences et ses écrits, et Ferd. Le Beuf, qui a rendu pratique l'emploi du goudron de houille et à l'instigation de qui les expériences ont été entreprises.

Dr Verax.

(1) Voir N° 2, 1893.

(2) En 1863, M. le Dr J. Lemaire donna le résumé de toutes les recherches sur le coaltar saponiné et l'acide phénique dans un volume de 432 pages intitulé : de l'*Acide phénique*, de son action sur les végétaux, les animaux, les ferments, les venins, les virus, les miasmes et de ses applications à l'industrie, à l'hygiène, aux sciences anatomiques et à la thérapeutique. Cet ouvrage eut une seconde édition, augmentée en 1865. (Paris, Germer-Baillière.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel clinique de l'analyse des urines; par P. Yvon. 4e édition, revue et augmentée, avec la collaboration du Dr A. Berlioz. — Paris, O. Doin, éditeur, 1893.

Nous n'avons pas à faire l'éloge de ce manuel, dont les éditions précédentes ont été justement appréciées et par nos collaborateurs dans ce journal et surtout par le public médical. Leur nombre est un signe de l'approbation que ce dernier a donnée à ce livre et de son utilité pour le praticien, ainsi que pour le pharmacien. L'édition actuelle, faite dans le même plan que les précédentes, contient plusieurs chapitres nouveaux qui mettent cet ouvrage au courant des travaux récents et de la science actuelle. Signalons en passant les additions ayant trait aux matières colorantes de l'urine normale : l'*indol*, le *scatol*, l'*alcaptone*, l'*acide homogentisinique*. Nous remarquons, en outre, des paragraphes nouveaux ayant trait

à l'albuminurie physiologique, aux polyuries, à l'hémoglobinurie. L'ouvrage est orné, en outre, de plusieurs planches nouvelles fort importantes : Deux de celles-ci représentent deux nouveaux modèles de spectroscopes imaginés par l'auteur, et destinés aux recherches cliniques. M. Yvon a en outre adjoint à son manuel une planche représentant le spectre normal et les divers spectres d'absorption de l'urobiline et des matières colorantes du sang et de la bile. Enfin, toute la partie bactériologique a été traitée avec grand soin par MM. Yvon et Berlioz, qui se sont adjoint le précieux concours de M. le Dr Brault. A. R.

VARIA

Faculté de Médecine de Paris.

La chaire de Médecine opératoire.

Jeudi dernier, a eu lieu le vote de l'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine pour la nomination du titulaire de la chaire de médecine opératoire, devenue vacante par suite du passage de M. Tillaux à une chaire de clinique chirurgicale.

Pour la première place de la liste de proposition, au premier tour du scrutin, M. le Dr Terrier, chirurgien de l'hôpital Bichat, a obtenu 28 voix sur 30 votants ; il y a eu 2 bulletins blancs. M. Berger a obtenu la deuxième place à l'unanimité des voix. Au 3e tour de scrutin, ont obtenu : M. Terrillon, 16 voix ; M. Monod, 10 ; M. Reclus, 3. Nous adressons à notre cher maître, dont on vient de récompenser les labeurs et le mérite, nos plus vives félicitations.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 23. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Ricard, Lejars. — 3e définitif d'Officiat. Hôtel-Dieu : MM. Straus, Jalaguier, Varnier. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Dejerine, Gaucher.

Mardi 24. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tarnier, Schwartz, Albaran. — 3e définitif d'officiat. Charité : MM. Le Dentu, Ballet, Maygrier. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Proust, Debove, Gilbert. — (2e *série*) : MM. Cornil, Charrin, Ménétrier.

Mercredi 25. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Sébileau. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Potain, Joffroy, Marie. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clin. Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Jeudi 26. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Brun, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Ménétrier, Roger.

Vendredi 27. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Straus, Joffroy, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Tillaux, Jalaguier, Poirier. — (2e *partie*) : MM. Potain, Brissaud, Netter.

Samedi 28. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Debove, Gilbert, Marfan. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Brun, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Peter, Chantemesse, Ménétrier. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Association de la Presse médicale.

Congrès international de Médecine de Rome en 1893.

Le 13 janvier dernier a eu lieu, chez Marguery, un dîner spécial de l'Association de la Presse médicale, sous la présidence de M. le Pr Cornil.

Ce banquet, auquel assistaient les syndics, MM. de Ranse et Cezilly, les membres du Conseil judiciaire de l'Association et quinze membres participants, était offert à M. le commandeur professeur Edouard Maragliano, directeur de l'Institut de clinique médicale à l'Université royale de Gênes et secrétaire général du XIe Congrès international de Médecine, venu à Paris pour se mettre en rapport avec l'Association de la Presse médicale, au sujet du prochain Congrès qui doit avoir lieu à Rome, du 24 septembre au 1er octobre 1893.

M. le Président a présenté M. le Pr Maragliano, qui a répondu en termes des plus flatteurs pour notre pays.

Après discussion, il a été décidé ce qui suit :

1o Par les soins de l'Association de la Presse médicale, un Comité est institué sous la dénomination de « *Comité français d'initiative et de propagande pour le Congrès international de Rome en 1893.* »

Ce Comité a pour mission de mettre tout en œuvre pour assurer la participation de la France au Congrès de Rome.

2o Sont nommés membres de ce Comité tous les membres de l'Association de la Presse médicale présents au dîner du 13 janvier, à savoir : MM. Cornil, président ; Cezilly, de Ranse, syndics ; Chervin, Chevallereau, Délefosse, Doléris, Gorecki, Gougenheim, Joffroy, Laborde, Landouzy, Lereboullet, Meyer, Moure, Prengrueber, Ch. Richet ; M. Baudouin, secrétaire général.

3o Le bureau du Comité, composé de M. Cornil, président, de Ranse et Cezilly, syndics, Marcel Baudouin, secrétaire, fournira tous les renseignements nécessaires aux intéressés et à toutes les personnes qui désireraient visiter l'Italie en allant assister au Congrès de Rome.

4o Toutes les communications relatives aux travaux de ce Comité doivent être adressées à M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Association française pour l'avancement des sciences.

Conférences de 1893.

Les Conférences auront lieu au siège de l'Association, 28, rue Serpente et 14, rue des Poitevins (Hôtel des Sociétés Savantes), les samedis, à 8 heures et demie très précises du soir.

Samedi, 21 janvier : M. Jean Dybowski, explorateur. *L'Influence française en Afrique centrale.* (Avec projections). — Samedi, 28 janvier : M. Augé de Lassus. *Le Jardin des Plantes, ses origines. Jardin du Roi et Muséum.* (Avec projections). — Samedi, 4 février : M. le Dr Léon Petit. *Tuberculose et Mariage.* — Samedi, 11 février : M. J. Thoulet, professeur à la Faculté des Sciences de Nancy. *Les Courants de la Mer et le Gulf stream.* (Avec projections). — Samedi, 18 février : M. Marcellin Boule, agrégé de l'Université, docteur ès sciences. *Une Excursion géologique dans les Montagnes rocheuses.* (Avec projections). — Samedi, 25 février : M. le Dr Paul Richer, chef du laboratoire de la Salpêtrière. *L'Anatomie dans l'Art. — Proportions du corps humain. — Canons artistiques et Canons scientifiques.* (Avec projections). — Samedi, 4 mars : M. Maurice Albert, professeur à l'Ecole militaire de Saint-Cyr. *Un Médecin grec à Rome sous la République : Asclépiadès.* — Samedi, 11 mars : M. Albert Londe, chef du service photographique à la Salpêtrière. *La Photographie dans les voyages d'exploration et les missions scientifiques.* (Avec projections). — Samedi, 18 mars : M. le Dr Raphaël Blanchard, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris. *Les Aliments toxiques.* (Avec projections).

Décentralisation chirurgicale.

D'un article de notre ami, M. Verchère, chirurgien de Saint-Lazare, intitulé « *Un voyage à Reims* (1) », nous extrayons les lignes suivantes :

Décentralisons ! décentralisons ! tel semble être le cri général... des jeunes médecins, surtout des jeunes chirurgiens désireux de bien faire, habiles, instruits et surtout ennemis de l'inaction et de l'inutilité fatigantes auxquelles on les condamne pendant les plus belles années de leur enthousiasme juvénile et de leur ardeur néophytique. La province avait des hôpitaux, elle a maintenant des chirurgiens ; elle avait des amphithéâtres, elle a maintenant des professeurs ; elle avait des journaux, elle a maintenant des *Archives* (2)...

Ce mouvement plein d'intérêt pour tout le monde, aussi bien pour les malades que pour les chirurgiens, nous venons d'en voir un exemple bien remarquable. Nous avons vu ce que peut faire l'activité d'un homme livré à ses propres forces, mais elles sont puissantes, la persévérance d'un esprit convaincu, la ténacité d'une intelligence sans frein, mais aussi sans crainte...

Que Paris se méfie ! il y a là un centre chirurgical installé, entraîné, alimenté comme aucun autre. On y opère comme je n'avais jamais encore vu opérer, on y travaille comme on ne travaille guère ailleurs.

Tous nos remercîments à notre ami pour sa défense aussi pittoresque que spontanée d'une cause bonne, mais un peu... soupçonnée à Paris... On n'est jamais prophète en son pays.

(1) *France médicale*, no 2, 1893.
(2) *Archives provinciales de Chirurgie.*

Eloge d'Ulysse TRÉLAT.

Par M. Ch. Monod, Secrétaire général de la *Société de Chirurgie.*

Messieurs,

Il me semble que c'était hier. Je venais d'apprendre que mon excellent maître, M. Trélat, était malade, peut-être sérieusement malade. Anxieux, je cours m'informer auprès de M. Millard, son médecin et son ami : « Très malade, hélas ! oui » me répond-il, « je le crois perdu. » Je ne saurais exprimer l'émotion qui m'étreignit. Deux jours après, sans qu'il m'eût été possible (ce fut pour moi un chagrin profond) de lui serrer la main, Trélat était mort ; une pneumonie brutale l'avait emporté. Je me vois encore, dans la foule qui assistait à ses funérailles, suivant à pas lents son cercueil, repassant dans mon esprit et dans mon cœur ce que Trélat avait été pour moi, me disant ce que je perdais en lui, ce que perdait la chirurgie française.

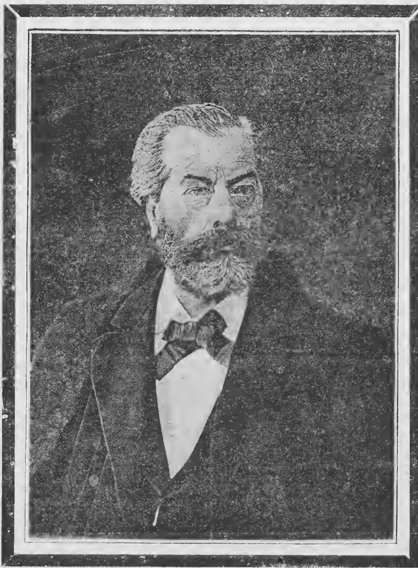
Pardonnez-moi, Messieurs, ces souvenirs trop personnels. Deux fois interne du professeur Trélat ; ayant, pendant toute ma vie d'étudiant, reçu des témoignages de son indulgente sollicitude ; traité plus tard par lui moins en élève qu'en ami, je ne pouvais apporter ici une parole banale, je ne pouvais ne point rappeler que celui qui était pour vous le plus éminent des collègues, fut pour moi le meilleur des maîtres et l'un des plus chers.

Ulysse Trélat naquit à Paris le 13 août 1828 ; son enfance s'écoula durant les premières années si troublées du règne de Louis-Philippe.

La pâle monarchie de Juillet n'avait pas répondu aux aspirations des auteurs de la Révolution de 1830. Nombreux furent ceux qui avaient salué avec espoir ce « trône entouré d'institutions républicaines », et qui, reconnaissant vite leur erreur, durent se résigner à reprendre la lutte.

M. Trélat père avait, sous la Restauration, donné de nombreux gages de son dévouement aux idées libérales. Il fut un des premiers à s'associer au mouvement qui, peu de temps après « les trois glorieuses », entraîna dans une opposition acharnée tant d'hommes jeunes, ardents, passionnés de liberté, pleins de pitié pour les pauvres et les petits.

Il avait embrassé de bonne heure la carrière médicale, et, vers 1830, il exerçait, à Paris, sa profession avec succès et non sans un certain éclat. Il n'hésita pas cependant à renoncer à une vie paisible, à une clientèle lucrative et dévouée, pour se consacrer tout entier au triomphe de ce qu'il considérait comme la bonne cause. Sur l'invitation du Comité de la *Société des Amis du peuple*, il se transporta à Clermont avec les siens afin de prendre, en Auvergne, la direction du parti républicain. Cet exil, dont il fut récompensé par les chaudes sympathies qu'à son retour il laissa derrière lui, dura trois ans.



M. le Pr U. Trélat.

A Paris, un nouveau et plus lourd sacrifice l'attendait. Le célèbre procès d'avril 1835, intenté à ceux qui avaient pris part aux émeutes de Paris, de Lyon, de Saint-Etienne, allait s'engager. M. Trélat fut du nombre des hommes que l'on jugea dignes de prendre la défense des prévenus.

Je ne puis que rappeler ici l'incident bien connu qui fit passer les défenseurs eux-mêmes de la barre au banc des accusés. M. Trélat, dans un discours enflammé, qui eut un immense retentissement, songea moins à se justifier qu'à exposer ses convictions républicaines. Il fut condamné à trois ans de prison et dix mille francs d'amende. C'était la ruine ; ce fut presque la mort.

Enfermé à Clairvaux, dans une prison malsaine, sous un climat rigoureux, il dépérissait au point que l'on crut sa fin prochaine. Ses amis, après de longues et pressantes sollicitations, obtinrent qu'il fût transporté à Troyes, où il demeura prisonnier sur parole.

A cette époque, vivait à Troyes un républicain de vieille date, grand admirateur de M. Trélat, M. Millard, le père de notre si sympathique collègue. Ce fut lui qui s'occupa de trouver pour M. Trélat un logement salubre ; lui aussi qui, pendant tout le temps du séjour de ce dernier dans cette ville l'entoura de soins éclairés et délicats. C'est à Troyes que se rencontrèrent deux enfants qui devaient grandir ensemble et rester unis par les liens de la plus fraternelle amitié, Ulysse Trélat et Auguste Millard.

L'amnistie de 1837 rouvrit à M. Trélat les portes de Paris. Après un court passage au *National*, dont il fut nommé directeur, il se décida, sur le conseil de ses amis, à reprendre la profession médicale. Quatre places de médecin aliéniste allaient être données au concours ; M. Trélat résolut de se mettre sur les rangs et se prépara à la lutte par un travail assidu. Ce ut un dur moment à passer. La famille Trélat occupait alors un petit appartement rue Dauphine, où l'on était loin de vivre dans l'aisance. Les repas mêmes étaient bien maigres ; la tête n'en était que plus libre pour l'étude. Le succès couronna l'effort. M. Trélat fut nommé, avec Baillarger, en tête de la promotion. Il fut placé à la Salpêtrière, où il resta trente-quatre ans. Un logement suffisant pour lui et sa famille, de modestes appointements, quelques profits de clientèle le mettaient désormais à l'abri du besoin.

Il avait épousé en 1819 une femme d'élite, qui par son dévouement, son bon sens, et l'élévation de son caractère eut sur tous les siens la plus bienfaisante influence. Il en avait eu trois enfants : une fille en 1819 ; un premier fils, Emile, de deux ans plus jeune que sa sœur ; et un second, Ulysse, sept ans plus tard.

Au moment du concours de la Salpêtrière, Emile Trélat avait près de vingt ans ; ce n'était pas sans peine que, au milieu de la vie tourmentée de son père, il avait réussi à poursuivre ses études. Mais son intelligence et son énergie triomphèrent de tous les obstacles ; il venait d'entrer à l'Ecole Centrale, point de départ de la belle carrière qu'il a fournie. Sa présence au milieu de nous aujourd'hui sera mon excuse de n'en pas dire davantage.

Ulysse était encore un enfant ; il avait 12 ans. Depuis l'âge de 9 ans (au retour de Troyes), il avait été placé dans l'institution de M. Froussard, du « père Froussard », comme l'appelaient familièrement ses élèves : homme rare, éducateur achevé, véritable père des enfants qui lui étaient confiés. Aucun d'eux qui ne reçût l'empreinte de son esprit droit, libéral, élevé, de son cœur chaud et généreux. Partisan de la méthode Jacotot, il en appliquait les principes : il cherchait à développer chez ses élèves l'esprit d'initiative, les invitant à ne pas croire leurs maîtres sur parole, mais à s'efforcer de reconnaître, par eux-mêmes, la vérité de ce qui leur était enseigné.

Trélat fit toutes ses études classiques à la pension Froussard. Il en sortit bachelier en 1844 ; il n'avait que seize ans.

Il commença aussitôt ses études de médecine. A 21 ans (1849), à la fin de sa seconde année d'externat, il était nommé interne des hôpitaux. Ce ne fut que quatre ans plus tard (1853), qu'il conquit le grade d'aide d'anatomie ; les concurrents étaient nombreux et de valeur, le combat difficile. Dès lors le succès était certain. Prosecteur en 1856, agrégé de chirurgie en 1857, chirurgien des hôpitaux en 1860, il emportait de haute lutte ces divers postes si enviés, émerveillant ses juges, tant par la précision de ses connaissances que par la forme originale de son exposé.

Sa juste ambition devait le porter plus haut. En juin 1872, à l'âge de 44 ans, la Faculté de Médecine lui confiait la chaire de pathologie externe, qu'il échangeait plus tard contre celle de clinique chirurgicale.

Là était sa véritable place. Il n'avait pas attendu, d'ailleurs, sa nomination de professeur pour prendre part à l'enseignement clinique. Tous les ans, dans les divers services dont il fut chargé, à Saint-Antoine, à Saint-Louis, à la Pitié, il se plaisait à faire des conférences à ses élèves.

Qui de nous n'a gardé le souvenir d'un tel maître ? Non qu'il visât à l'éloquence ou qu'il donnât à sa parole aucun apparat. Mais quelle clarté d'exposition ! Quelle richesse de langage ! Se préoccupant avant tout d'être bien compris, il aimait à reprendre sous une forme nouvelle l'idée déjà énoncée, jusqu'à la rendre d'une évidence et d'une simplicité telles que le moins attentif ou le plus ignorant en était comme pénétré.

Ah ! comme l'on comprenait, en l'écoutant, ce mot de Renan : « On dit que la langue française est pauvre ! ceux qui parlent ainsi montrent bien qu'ils ne la savent pas. » C'était merveille, en effet, de voir sur les lèvres de Trélat les mots se succéder, chacun apportant une clarté nouvelle, et semblant mieux approprié à l'objet exprimé. Et cela sans effort apparent, sans recherche : la phrase, tantôt serrée, concise, lapidaire, tantôt se développant en plus longues périodes, toujours correcte et élégante, coulait comme de source. Souvent elle s'éclairait de pittoresques images qui éveillaient ou soutenaient l'attention, et elle avait constamment à son service, pour lui donner plus de relief et de vie, une mimique singulièrement expressive.

Je me reprocherais de ne louer que la forme de ces leçons. Parcourez les deux volumes publiés après sa mort par des élèves dévoués, et vous jugerez si jamais enseignement fut plus varié et plus solide. Toutes les questions à l'ordre du jour sont abordées par lui ; sur toutes il a un avis personnel formulé avec précision. On retrouve à chaque page le chirurgien consciencieux, fidèle observateur du malade, fort au courant de tous les progrès de la science moderne, mais remontant volontiers dans le passé, ne fût-ce, comme il le dit quelque part, que pour donner à ses élèves le spectacle instructif « de tous les méandres où la chirurgie s'est égarée avant d'atteindre le but » ; soucieux enfin de bien poser les indications opératoires, et faisant appel, pour cela, aux ressources d'une intelligence supérieure, d'une expérience déjà longue et de l'instruction la plus étendue. *(A suivre).*

Hôpitaux de Paris.

Concours de l'Internat des Hôpitaux.

Voici la liste des internes nommés au dernier concours de 1892.

Internes titulaires.

1. — Mouchet, Deyon, Collet, Binot, Lévy (Emile), Ravasier, Lapointe, Thomas, Lévi (Charles), Rensaude.

11. — Rodin, Baraduc, Audoir (Jules), Josoi, Ranglaret, Laurens, Boudet, Isidor, Flandre, Jeannin.

21. — Gasne, Griner, Du Rouchet, Robineau, Hermary, Philippe, Ouvry, Apert, Gesland, Baillot.

31. — Diriart, Emiry, Desfosses, Roquet, Brouardel, Leblanc, Macé, Collinet, Petit (René), Martin (Albert).

41. — Kuss, Mourette, Fauquez, Pochon, Paquy, Venot, Vermorel, Claude, Guillemot (Louis), Lapeyre.

51. — Caboche, Fredet, Ramond, Derocque, Petit (Raymond), Beaussenat, Magdelaine, Bellot (Eugène), Benoit (Paul), Roncour.

61. — Schmid, Cocquelet, Courtillier, Lévy (Samuel), Mermet, Bolognési.

Internes provisoires.

1. — Salmon, Long, Martin (Charles), Blanc, Miquet, Hepp, Anghelesco, Vauverts, Rigeard, Garnier (Marcel).

11. — Lenoble, Piaget, Estrabant, Mme Eliacheff, Pouquet, Ronnus, Guibert-Lassalle, Jabobson, Wiard, Gellé.

21. — Noir, Plicot, Ratigne, Bouchacourt, Chauvel, Chabry, Didsbury, Lorrain, Lévy (Armand), Zeimet.

31. — Dominici, Fauvelle, Roger, Grasset (Hector), Escot (Jean), Papillon, Luton, Millon, Choppin, Fournier.

41. — Tissier (Henri), Marçais, Thoumire, Lenoir, Bruyère, Poix, Grenet (Alph.), Hobbs, Tariel, Berthelin.

51. — Hanry, Escat (Etienne), Brunet (Louis), Pinault, Delamare, Bartoli, Bonnet (Saint-René), Rudaux, Nordmann, Frénel.

61. — Charnaux, Beaularon, Siguier, Pasteau, Griffon, Crochet.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 25. — M. Souplet. La blennorrhagie, maladie générale. — M. Brandstetter. Des ruptures de la rate. — M. Ramon. Hystérectomie abdomino-vaginale dans les gros fibromes utérins.

JEUDI 26. — M. Dailliez. Les sujets de sexe douteux ; leur état psychique ; leur accessibilité au mariage. — M. Villequez. Tumeurs malignes de la voûte palatine. — M. Armand. De l'incision dans la cystotomie sus-pubienne. — M. Gagnerot. De la prédisposition dans la paralysie générale. — M. Bardol. De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants. — M. Appert. Rôle de l'organisme dans la pathogénie de quelques maladies infectieuses. — M. Staicovici. De la tuberculose congénitale. — M. Nanu. Notes sur le choléra de 1892 observé à l'hôpital Necker. — M. Stojanovits. Apoplexie pancréatique. — M. Bernard. De l'embryocardie tachycardique et de l'embroycardie dissociée. — M. Brasse. Application des lois de la dissociation à l'étude des phénomènes biologiques. — M. Rénon. Pseudo-tuberculose aspergillaire.

SAMEDI 28. — M. Chaminade. Les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde et les bains froids. — M. Filaudeau. Etude sur les nœvi et particulièrement sur les nœvi pigmentaires. — M. Nanard. Etude sur certaines ulcérations du museau de tanche d'origine tuberculeuse.

Enseignement médical libre.

Conférences d'Internat. — La conférence d'Internat de MM. Braquehaye, Collinet, Laurent-Préfontaine, Malherbe et Michel-Dansac, a commencé le samedi 14 janvier, à 3 heures de l'après-midi, à l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique.

Cours d'Ophtalmologie. — M. le Dr JACQS commencera un nouveau cours d'ophtalmologie le mardi 17 janvier, à 2 heures, à sa clinique, 30, rue d'Assas.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr DESNOS, ancien interne des hôpitaux, fera à sa clinique, 15, rue Malebranche, un cours public et gratuit, sur les maladies des voies urinaires, qui sera complet en 15 leçons. Il le commencera le lundi 23 janvier et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

OCCASION EXCEPTIONNELLE

LA COLLECTION DES ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

Paraissant tous les deux mois sous la direction de J.-M. CHARCOT

Se compose aujourd'hui de 22 volumes in-8° carré (1880-1892) dont le prix est de 244 fr. — Pour permettre A NOS ABONNÉS et à *nos lecteurs* d'acquérir cette collection, qui contient les principaux travaux neurologiques publiés depuis 1880, nous avons réduit le prix à **120** francs.

Bureaux du PROGRÈS MÉDICAL.

TARIF DES ABONNEMENTS RÉUNIS

Du *PROGRÈS MÉDICAL* et des *ARCHIVES de NEUROLOGIE*

Paris et Département de la Seine . . . . **35 fr.** au lieu de **40 fr.**
France . . . . **37 fr.** — **49 fr.**
Etranger . . . . **39 fr.** — **44 fr.**

ÉTRENNES A NOS ABONNÉS

LA BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE

SE COMPOSE ACTUELLEMENT DES OUVRAGES SUIVANTS :

I. LE SABBAT DES SORCIERS

Par BOURNEVILLE et TEINTURIER

Brochure in-8, de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été fait de cet ouvrage un tirage à 500 exemplaires numérotés a la presse ; 300 exemplaires sur papier blanc vélin, n°s 1 à 300. —Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés : 2 fr. 50. — 50 exemplaires sur parchemin, n°s 301 à 350 ; Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés : 3 fr. — 25 exemplaires sur Japon, n°s 351 à 375 : Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés : 4 fr. (2e *édition*).

II. FRANÇOISE FONTAINE

PROCÈS-VERBAL FAIT POUR DÉLIVRER UNE FILLE POSSÉDÉE PAR LE MALIN ESPRIT A LOUVIERS. Publié d'après le manuscrit original et inédit de la Bibliothèque nationale. Précédé d'une introduction par B. de MORAY. Un vol. in-8° de CIV-99 pages. Papier vélin, prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés : 2 fr. 50.— Papier parchemin, prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50.— Papier Japon, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés : 4 fr.

III. JEAN WIER

HISTOIRES, DISPUTES ET DISCOURS DES ILLUSIONS ET IMPOSTURES DES DIABLES, DES MAGICIENS INFAMES, SORCIÈRES ET EMPOISONNEURS, DES ENSORCELÉS ET DÉMONIAQUES ET DE LA GUÉRISON D'ICEUX, par JEAN WIER. Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 900 pages, et est orné du portrait de l'auteur gravé au burin. Prix : papier vélin, 15 fr. Pour nos abonnés : 12 fr. les deux volumes. — Papier parcheminé (n°s 1 à 300), prix : 20 fr. Pour nos abonnés : 16 fr. les deux volumes.— Papier Japon des manufactures impériales (n°s 1 à 150),— prix : 25 fr. Pour nos abonnés : 20 fr. les deux volumes. — N. B. Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux. Pour la France, le port est de 1 fr. Pour l'étranger, de 2 fr. 50.

IV. LA POSSESSION DE JEANNE FERY

RELIGIEUSE PROFESSE DU COUVENT DES SOEURS NOIRES DE LA VILLE DE MONS (1584). Un vol. in-8° de 122 pages, avec une préface du Dr BOURNEVILLE.— Papier velin, prix : 3 fr. — Pour nos abonnés : 2 fr. — Papier parcheminé, prix : 4 fr. Pour nos abonnés : 3 fr.—Papier Japon, prix : 6 fr. Pour nos abonnés : 4 fr.

V. SŒUR JEANNE DES ANGES

SUPÉRIEURE DES URSULINES A LOUDUN, XVIIe siècle. Autobiographie d'une hystérique possédée, d'après le manuscrit inédit de la bibliothèque de Tours. Annotée et publiée par MM. les Drs G. LEGUÉ et G. DE LA TOURETTE. Préface de M. le professeur CHARCOT, membre de l'Institut. Un beau volume in-8 de 330 pages. Papier vélin, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés : 4 fr.— Papier parcheminé, prix : 10 fr. —Pour nos abonnés : 8 fr.— Papier Japon, prix : 25 fr.— Pour nos abonnés : 20 fr.

VI. — PROCÈS CRIMINEL DE LA DERNIÈRE SORCIÈRE BRULÉE A GENÈVE, LE 6 AVRIL 1652, publié d'après des documents inédits et originaux conservés aux archives de Genève, par M. le Dr LADAME. Un volume in-8 de 60 pages, papier vélin, prix : 2 fr. 50.— Pour nos abonnés : 2 fr. (n°s 1 à 50), papier Japon), prix : 5 fr.— Pour nos abonnés : 4 fr. (n°s 51 à 100), papier parcheminé), prix : 3 fr. 50.— Pour nos abonnés : 2 fr. 50.

Pour nos abonnés, la collection vélin . . . . **15** francs au lieu de **33** francs.
— — parcheminé . . . . **20** — — **46 50.**
— — japon . . . . **30** — — **71 50.**

Tous ces exemplaires sont neufs et garantis en très bon état.

PRIMES A NOS ABONNÉS

A titre de primes, et jusqu'à fin mars 1893 seulement, nos abonnés pourront nous demander les ouvrages suivants qui leur seront vendus avec 60 0/0 de remise et expédiés franco de port à domicile.

AVEZOU (J.-C.) **De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales. Etude clinique avec quelques considérations sur la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts.** Un vol. in-8 de 144 pages.—Prix : 3 fr. 50. — Réduit à. . . . 1 fr. 50.

BLANCHARD (R.) **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote**, par la méthode de M. le professeur Paul BERT. Volume in-8° de 101 pages avec 3 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — Réduit à. . . 1 fr. 20

BLONDEAU (A.). **Etude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.** — Un vol. in-8 de 72 pages. — Prix : 2 fr. — Réduit à. . . . . 80 c.

BOYER (H. Cl. DE). **Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux.** Volume in-8 de 290 pages, avec 104 fig. intercalées dans le texte et une planche. Paris, 1879. — Prix : 6 fr. Réduit à . . . . 2 fr. 40

BRISSAUD (E.) **Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques.** Volume in-8 de 210 pages avec 42 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Réduit à 2 fr.

BUDIN (P.). **De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.** Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, 10 figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromolithographie. — Prix : 10 fr.— Réduit à 4 fr.

DURET (H.) **Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux.** Un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromolithographie et lithographie, et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris 1878. —Prix : 15 fr. — Réduit à . . . . 6 fr.

FERÉ (Ch.) **Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la Vision par lésions cérébrales.** (Amblyopie croisée et Hémianopsie) Un vol. in-8° de 241 pages. Paris, 1882.—Prix : 3 fr. 50. — Réduit à 1 fr. 40.

FÉRÉ (Ch.). **Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie** (De l'amblyopie croisée et de l'hémianopsie d'origine cérébrale). Brochure in-8° de 54 pages avec fig. dans le texte. Paris 1882. — Prix : 2 fr. — Réduit à. . . . . 80 c.

HAYEM (G.). **Leçons clinques sur les manifesaions cardiaques de la fièvre typhoïde**, recueillies par BOUDET DE PARIS. In-8 de 88 pages avec 5 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Réduit à. . . . . . . 1 fr.

JOSIAS (A.). **De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées.** Vol. in-8 de 65 pages avec trois courbes de température. — Prix : 2 fr.— Réduit à . . . . 80 c.

LELOIR (H.). **Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse.** 1 volume in-8 de 220 pages, avec 4 planches en chromo lithographie et plusieurs figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 fr. — Réduit à . . . . . . 2 fr.

LONGUET (F.-E.-M.). **De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes.** Vol. in-8 de 124 pages. — Prix : 4 fr. — Réduit à . . . . 1 fr. 60.

MIOT (C.). **De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan.** In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Réduit à. . . . . 1 fr. 50.

MIOT (C.). **De la Ténotomie du muscle tenseur du tympan.** Volume in-8 de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris 1878. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à. . . . . 60 c.

PATHAULT (L.). **Des propriétés physiologiques du Bromure de Camphre et de ses usages thérapeutiques.** Brochure in-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à . . . . 60 c.

RANVIER (L.). **Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire**, recueillies par J. RENAUT. Un fort vol. orné de 99 fig. intercalée. dans le texte. — Prix : 12 fr. — Réduit à . . . . 4 fr. 80.

RAYMOND. **De la puerpéralité.** Volume in-8 de 258 pages. Paris, 1880. — Prix : 5 fr. — Réduit à . . . . 2 fr.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr J.-L. DESNOS (de Paris).

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort, survenue inopinément le 12 janvier, do M. le Dr DESNOS (Louis-Joseph), mécin de l'hôpital de la Charité.



J.-L DESNOS.

M DESNOS est né le 21 septembre 1828 à Alençon ; il était donc dans sa 65e année. Son père était un pharmacien distingué qui a excercé sa profession successivement à Alençon et à Paris; il avait été longtemps propriétaire de l'établissement thermal do Bagnoles-de-l'Orne.

Desnos a fait ses études secondaires au collège de Château-Gonthier; il vint ensuite à Paris faire ses études médicales. Il fut reçu interne des hôpitaux en 1851 et médecin du bureau central en 1863. C'est en cette qualité que nous l'avons eu pour chef à l'hôpital St-Antoine, alors qu'il remplaça notre maître Axenfeld pendant les vacances de 1864.

Après avoir été attaché à divers hôpitaux, il se fixa définitivement à l'hôpital de la Charité où il avait décidé de terminer sa carrière hospitalière. Il a rempli pendant plusieurs années les fonctions de secrétaire général de la *Société médicale des hôpitaux* dont il a été le président en 1892. Son dernier travail a été le discours qu'il devait prononcer devant cette Société en quittant le fauteuil de la présidence. Il faisait partie de l'Académie de médecine seulement depuis le 31 mai dernier. Les travaux de M. Desnos, dont nous allons donner la liste, lui avaient mérité une réputation distinguée. Il était resté tel que nous l'avions connu, un excellent clinicien, accomplissant rigoureusement ses devoirs professionnels, aimant à initier les élèves aux difficultés de la clinique et de la thérapeutique. On nous permettra enfin de rendre ici un hommage discret à la dignité de sa vie, à sa générosité et au désintéressement de son caractère.

Voici l'énumération de sos principales publications :

Hydrocèle spontanément enflammée ; — Cure radicale par le fait de cette inflammation (*Gazette des hopitaux*, 1853) ; — Abcès froid dans la gaine du psoas iliaque ; — Injection iodée ; — Mort ; — Faits analogues ; — Considérations pratiques (*Gazette des hôpitaux*, 1853). — Fracture du corps de la septieme vertèbre cervicale avec contusion de la moelle (*Bulletin de la Société anatomique* 1853) ; — Rupture du foie par cause contondante (*Bul. de la Soc. anat.*, 1853) ; — Thèse sur les tumeurs cancéreuses pulsatiles. Paris, 1855) ; — Mémoires sur les congestions dans les fièvres) ; — Mémoire sur la dilatation des conduits salivaires en général, et en particulier sur celle du canal de Sténen ; — Compte-rendu et critique bibliographique des leçons de M. Bouvier sur le rachitisme et les maladies de l'appareil locomoteur (*Moniteur des hôpitaux*, 1860) ; — Compte-rendu et critique bibliographique du traité de paralysies du Dr O. Landry (*Moniteur des hôpitaux*, 1861).

Articles : Ténotomie, collaboration avec M. le Dr Bouvier (*Recueil encyclopédique publié en Angleterre*, par le Dr Costello, 1861) ; — Rapport sur un mémoire de M. Mascara sur la guérison de la phtisie au Mont-Dore (*Ann. de la Soc. d'hydrologie*, 1862) ; — De la curabilitité de la phtisie (*Bulletin et mémoires du Congrès médical de Rouen*, 1863) ; — Observation de kyste hématique du foie à la région de l'épigastre ; — Guérison par la ponction avec un trocart capillaire (*Bul. de la Société médicale des Hôpitaux*, t. V, 1864.

Indication tirée de l'état du pouls pour la thoracentèse (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, t. V, 1864) ; — Kyste hématique cancéreux de l'abdomen (*Bulletin de la Soc. méd. des Hôp.*, 1865) ; — Observation d'un malade présenté à la *Société médicale des Hôpitaux*. — Pneumothorax, suite d'effort, suppuration de la plèvre. — Thoracentèse. — Chute d'une sonde dans la poitrine ; Larges incisions du thorax ; Guérison (*Bulletin de la Soc. méd. des Hôp.*), 1865 ; — Articles : Alun, acide acétique (*Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*) ; — Articles sur les eaux minérales suivantes : Aix-en-Provence. — Aix-la-Chapelle. — Aix-en-Savoie. — Allevard. — Amélie-les-Bains et Le Boulon. — Ax. — Bagnères-de-Bigorre. — Labassère. — Bagnères-de-Luchon. — Bagnoles (Orne). — Bagnols (Lozère). — Bains (Vosges). — Balaruc. — Barèges. — Boues minérales. — Bourbon-l'Archambault. — Bourbon-Larrey. Bourbonne-les-Bains. — Bourboule (La). — Bussang. — Carlsbad. — Cauterets. — Condillac. — Contrexéville. — Dax (*Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.*) ; — Articles : Acrodynie. — Amygdales (anatomie, physiologie et pathologie). — Angines. — Arthritis. — Arthritisme. — Arthritides. — Choléra asiatique. — Coryza aigu et chronique, ou ozène. — Ergotisme. — Gravelle. — Intercostale (névralgie). — Lumbago (*Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.*) ; — Sur un cas de leucocythémie splénique chez un vieillard (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1867) ; — Observation de congestion méningo-spinale a *frigore* ; contracture douloureuse des muscles postérieurs du cou, du tronc, des membres inférieurs ; accélération considérable des battements du cœur, en dehors de tout état fébrile, par le fait de l'irritation de la moelle ; guérison des contractures du cou et du tronc par les émissions sanguines locales ; persistance de la contracture des muscles des membres inférieurs ; guérison de celle-ci par le chloral (*Bull. et mém. de la Soc. de Thérapeutique*, 1re série, t. II), 1869 ; — Sur un cas d'hémorrhagie de la protubérance annulaire, avec albuminurie, et accompagnée de symptômes simulant les phénomènes de l'urémie. — Intégrité de la substance des reins. — Quelques considérations de physiologie pathologique sur l'albuminurie et la dyspnée (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1869 ; — Considérations sur le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de quelques-unes des principales formes de variole (*Bulletin et mémoire de la Société médicale des Hôpitaux*), 1870 ; — Sur une éruption varicelliforme ou bulleuse, compliquant certaines formes de varioles (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1870 ; — Des complications cardiaques dans la variole, et notamment de la myocardite varioleuse (*Union méd.*), 1870-71. — En collaboration avec Huchard (*Couronné par la Faculté de méd* — — Communication sur un cas de molluscum fibreux. — Présentation de malade (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1872 ; — Sur l'anatomie et la physiologie pathologiques du choléra (*Bulletin et mémoires de la Soc. méd. des Hôp.*), 1872.

Sur l'anatomie et la physiologie pathologiques du choléra (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1872 ; — Sur le traitement du rhumatisme par la propylamine (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1873 ; — Hémorrhagie de la protubérance annulaire. Rotation de la tête et déviation conjuguée des yeux, du côté opposé à la lésion. Importance du sens de la rotation de la tête et de la déviation conjuguée des yeux pour le diagnostic topographique des altérations de l'encéphale (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*) ; — Nouveau cas de rotation de la tête et de déviation conjuguées des yeux, du côté opposé à la lésion, — Sur la valeur négative, au point de vue de la piqure du poumon, de la sortie de gaz par la canule, dans la thoracentèse faite avec les appareils aspirateurs ; — Contre l'hypothèse de la propagation du choléra par l'intermédiaire du médecin ; — Contribution à l'étude de l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse, 1873 ; — Note critique et observations sur l'angine scrofuleuse, 1872 (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*) ; — Paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte ; — Paralysie des membres supérieurs par atrophie des cornes antérieures de la moelle, etc. En collaboration avec Lemaistre (*France médicale*), 1874 ; — Du traitement des maladies des femmes par les eaux minérales (*Annales de gynécologie*), 1874 ; — Rhumatisme

blennorrhagique avec complications cardiaques (accidents encéphaliques) *Progrès médical*, 1874, en collaboration avec Lemaistre ; — Compte-rendu critique et bibliographique sur le traité des maladies des reins, de Lécorché (*Bull. de thérapeutique*), 1875 ; — Note sur quelques points du traitement des kystes hydatiques du foie, et notamment sur la valeur de la ponction capillaire avec aspiration, employée comme méthode curative (*Bull. de thérapeutique*), 1875 ; — Sur un cas de mort subite survenue au cours du traitement d'un kyste du foie par la méthode de Récamier (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1875 ; — Rapport sur une communication de M. Legroux, relative à un cas de mort subite survenue 3/4 d'heure après la thoracentèse (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1875 ; — Sur la mort subite et sur différents accidents survenus à la suite de l'opération de la thoracentèse (*Gazette médicale*), 1876 ; — Sur un cas de sclérose des cordons antéro-latéraux de la moelle épinière, consécutive à un traumatisme de la région cervicale (*Gaz. méd.*), 1876.

En collaboration avec Bouveret ; — Sur un cas de lymphadénie généralisée, 1876. En collaboration avec Barrié ; — Sur un cas jusqu'ici unique d'oblitération par coagulation sanguine de l'aorte abdominale, avec paraplégie, diagnostiqué pendant la vie (*Gazette médicale*) ; — Du délire aigu et chronique (folie rhumatismale) dans le rhumatisme articulaire aigu (*Gazette médicale*, 1876, 1877 et 1878) ; — Note sur un cas de folie rhumatismale survenue à la fin d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1876 ; — Communication sur le scorbut des prisons (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1877 ; — Communication et présentation de pièces anatomiques relatives à l'endocardite blennorrhagique (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1877 ; — Tumeur gliomateuse du cerveau. — Communication et présentation de pièces anatomiques, 1879 ; — Spasme fonctionnel du muscle sterno-mastoïdien ; — Sur le danger de changer, au cours d'un traitement, la provenance des alcaloïdes prescrits à un malade (*Bull. gén. de Thérap.* et *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1880 ; — De quelques inconvénients ou accidents de l'alimentation forcée chez les phtisiques et des moyens de les conjurer (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1881 ; — Sur le même sujet, 1882 ; — Sur les différents degrés d'altération des cordons médullaires postérieurs considérés dans leur rapport avec la curabilité de l'ataxie locomotrice (*Soc. méd. des Hôp.*), 1883 ; — Sur la paraldéhyde (*Bull. gén. de Thérap.*), 1885 ; — De la valeur des pulvérisations de chlorure de méthyle dans le traitement de la sciatique (*Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1885 ; — Gommes syphilitiques de l'hémisphère cérébral droit ayant donné lieu à des symptômes de paralysie générale, sans paralysies localisées. — Présentation de pièce anatomique (*Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1885 ; — Des fractures de côtes indépendantes du traumatisme (*Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1885 ; — Localisation cérébrale ; monoplégie du membre inférieur droit : diagnostic d'une méningite de la partie supérieure de la circonvolution pariétale du lobule paracentral du côté gauche chez un tuberculeux ; méningite démontrée par l'autopsie. — Présentation de pièce anatomique (*Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1885 ; — Sur la rubéole, 1886 ; — Etude sur quelques nouveaux purgatifs, (*Bull. gén. de Thérap.*), 1886 ; — Sur un cas d'atrophie musculaire des quatre membres, à évolution très rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles. — En collaboration avec MM. Pinard et Joffroy ; — Eloges de Pidoux, Woillez, Hillairet (*Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*), 1882 ; — Lasègue, 1883 ; — Rathery, Oulmont, Moreau (de Tours), 1884 ; — Gallard, 1887. B.

M. le Dr Paul HORTELOUP (de Paris).

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro la mort prématurée de M. le Dr Paul Horteloup, chirurgien des hôpitaux de Paris, décédé à Hyères (Var), où il était allé quérir une température moins sévère et un climat plus propice.

Ses obsèques ont eu lieu la semaine dernière sans qu'aucun discours n'eût été prononcé sur sa tombe. Telles avaient été ses dernières volontés.

Né à Paris en 1837, Horteloup, fils d'un médecin connu, avait été nommé interne des hôpitaux en 1859. Il avait été élève de Laugier et de Nélaton. Sa thèse de doctorat date de 1865 et a pour titre : *De la Sclérodermie*. Tout jeune, il avait obtenu la croix de chevalier de la Légion d'honneur à la suite d'une mission en Egypte et en Syrie où il était allé étudier le choléra. Chirurgien des hôpitaux, il concourut plus tard à l'agrégation, en 1869 et en 1872. Il échoua. Ses deux thèses de concours sont : *Plaies du larynx, de la trachée et de l'œsophage, leurs conséquences et leur traitement* (1869) ; *des tumeurs du sein chez l'homme* (1872).



M. le Dr Paul Horteloup.

Horteloup fut d'abord chirurgien de l'hôpital du Midi, puis passa à la Maison de Santé où il resta quelques années, avant d'être nommé à l'hôpital Necker où il succéda au Dr Guyon, devenu professeur de clinique spéciale, dans le service dépendant de la Fondation Civiale. Il devint alors un des trois chirurgiens spécialisés de cet hôpital.

C'est pendant son séjour au Midi, qu'il fonda dans cet hôpital le musée qui porte son nom. Horteloup s'est adonné en effet à l'étude des affections cutanées et vénériennes et plus particulièrement à la chirurgie des voies urinaires. Dans ces deux ordres d'idées on lui doit des mémoires importants, dont quelques-uns ont paru dans ce journal.

Praticien occupé, très dévoué, très actif, et très lettré, Horteloup était un écrivain de valeur. Il fut secrétaire général de la Société de Chirurgie (qu'il présida plus tard), et en cette qualité eut l'occasion de prononcer plusieurs éloges qui furent remarqués des médecins littérateurs. Il était d'ailleurs membre du Conseil médical de la Société des auteurs dramatiques et de la Comédie française. Depuis quelques années il était en outre membre du Conseil général de l'Association des médecins de France, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique (1) et officier de la Légion d'honneur.

M. B.

Voici l'indication des principaux travaux qu'il a en outre publiés :

De la combustion humaine spontanée ; — Traitement de la syphilis par les fumigations de calomel ; — Sarcome télangiectasique du cuir chevelu compliqué d'anévrysme cirsoïde ; — Note sur le traitement de la syphilis par les fumigations de calomel ; — De la syphilis maligne ; — De l'adénopathie et des lymphites syphilitiques du pseudo-chancre ; — Du virus syphilitique et de sa

(1) P. Horteloup s'intéressait aux questions d'Assistance publique. C'était affaire d'hérédité. En effet, son père, médecin des Hôpitaux, a été chargé plusieurs fois de faire, au nom de ses collègues, pour le Conseil général des Hospices (qui répondait en mieux au Conseil de surveillance actuel) des rapports sur les réformes réclamées par les médecins, dans l'intérêt des malades et de la science. Si l'on comparait le fils au père, au point de vue de l'ampleur et du libéralisme des idées, la comparaison serait à l'avantage du père. C'est, hélas, le recul d'une génération nouvelle sur l'ancienne, l'inverse du progrès. (B.)

transmissibilité ; — De l'albuminurie syphilitique ; — De la syphilis héréditaire ; — Du traumatisme chez les syphilitiques ; — Leçons sur le bubon chancreux ; — Note sur le chancre simple et sur l'adénite chancreuse ; — De la virulence des bubons ; — De la complication inflammatoire du chancre simple ; — Des arthrites blennorrhagiques ; — Des maladies des voies urinaires ; — Note sur la blennorrhagie et sur les déviations du processus blennorrhagique ; — De l'uréthrotomie externe ; — De l'uréthrotomie externe sans conducteur ; — De l'uréthrotomie interne et de l'uréthrotomie externe ; — De l'opération du phimosis ; — De la compression dans le traitement de l'hydrocèle ; — De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum et des veines postérieures du cordon ; — Plaie du testicule par une aiguille ; — Tumeur de la vessie ; — Boutonnière périnéale ; — Sarcome souscutané de la joue ; — Nouvelle liqueur antiseptique ; — Des abcès de la marge de l'anus ; — Restauration d'une perforation du voile du palais par autoplastie de la luette ; — Note sur le cancer de la verge ; — Nouveau procédé d'amputation ; — Malformation congénitale des membres ; — Hernie ventrale, cure radicale, anus contre nature, laparotomie, entérorrhaphie. — Notices biographiques et éloges de Chassaignac, Voillemier, Broca, Sédillot, etc. — Leçons sur l'uréthrite, etc., etc.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 8 janv. 1893 au samedi 14 janv. 1893, les naissances ont été au nombre de 1153 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 406 ; illégitimes, 168, Total, 574. — *Sexe féminin :* légitimes, 407 ; illégitimes, 172. Total, 579.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 8 janv. 1893 au samedi 14 janv. 1893, les décès ont été au nombre de 1293 savoir : 643 hommes et 650 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 1, T. 4. — Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 10, F. 5, T. 15. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 7, F. 16, T. 23 — Diphtérie, Croup : M. 23, F. 23, T. 48. — Affections cholériformes : M. 0 F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M 132, F. 92, T 224. — Méningites tuberculoses : M. 8, F. 5. T. 13. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 1. T. 6 — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 11, F. 48, T. 59. — Méningite simple : M. 19, F. 10, T. 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 27, F. 23, T. 50. — Paralysie, M. 3, F. 8, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 5, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 39, F. 50, T. 89. — Bronchite aiguë : M. 27, F. 26, T. 53. — Bronchite chronique. M. 25 F 43 T. 68. — Broncho-Pneumonie : M. 39, F. 38, T. 77, — Pneumonie : M. 35, F. 42, T. 77. — Gastro-entérite, biberon : M. 17 F. 9, T. 26 — Gastro-entérite, sein : M 6, F. 4, T. 10. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7, T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 15, F. 14, T. 29 — Sénilité : M. 10, F. 40, T. 50. — Suicides : M. 13, F. 4, T. 17. — Autres morts violentes. M. 11, F. 5, T. 16. — Autres causes de mort : M. 144, F. 106, T. 250. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 5, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 79, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 24, illégitimes, 19. Total : 43. — *Sexe féminin :* légitimes, 20, illégitimes, 16. Total : 36.

Hôpitaux de Paris. — *Concours public pour la nomination à trois places de médecin au bureau central d'admission dans les hôpitaux civils de Paris.* — Ce concours sera ouvert le lundi 27 février 1893, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mercredi 1er février 1893, et sera clos définitivement le lundi 13 du même mois, à trois heures.

Concours de l'Internat et de l'Externat. — Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine et en chirurgie pour l'année 1893. — MM. les Elèves actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1893. En conséquence, MM. les Elèves devront se présenter au Chef-lieu de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les Etablissements. — Ces cartes seront délivrées : A MM. les Elèves internes : De 2e, 3e et 4e année, le mardi 24 janvier, à une heure et demie, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3 ; De 1re année et à MM. les Internes provisoires, le mercredi 25 janvier, à une heure et demie. — A MM. les Elèves externes : De 3e et 2e année (première moitié de la liste), le jeudi 26 janvier, à une heure et demie ; De 2e année (deuxième moitié de la liste), le vendredi 27 janvier, à une heure et demie. De 1re année, (première moitié de la liste), le samedi 28 janvier, à onze heures du matin ; et la (deuxième moitié de la liste), le même jour, à trois heures.

Concours des médecins des hôpitaux. — M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a nommé une commission chargée de réviser le programme du concours pour les places de médecins des hôpitaux. Il serait question, entre autres, de rétablir l'épreuve dite de la consultation qui avait été supprimée pour diminuer la durée du concours.

Concours de l'Internat. — Voici les nouvelles questions qui ont été posées à l'épreuve orale : *Veine porte ; symptômes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — Creux poplité ; névralgie sciatique. — Veines jugulaires ; symptômes de la méningite tuberculeuse. — Région ombilicale ; symptômes du cancer de l'estomac. — Canal inguinal ; symptômes et diagnostic de la tuberculose testiculaire. — Veines saphènes ; causes et symptômes de la phlegmatia alba dolens. — Rapports du cœur ; signes et diagnostic de la néphrite interstitielle.*

Concours de l'Externat. — Voici les nouvelles questions posées à l'épreuve orale de pathologie : *Rougeole* (signes et diagnostic) ; *Vaccination ; Furoncles ; Entorse ; Ventouses.*

Concours de l'Internat en Pharmacie. — Le Concours pour la nomination au grade d'interne en pharmacie dans les hôpitaux et hospices de la ville de Paris aura lieu le 16 mars prochain. Les candidats devront s'inscrire au secrétariat de l'Assistance publique du 1er au 28 février, de onze heures à trois heures.

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Concours de l'Internat en médecine.* — Les questions orales ont été les suivantes : 1re Séance : Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë ; hernie crurale. — 2e Séance : Hémoptysie ; fractures de l'extrémité inférieure du radius. — 3e Séance : Insuffisance mitrale ; fracture de côtes. — 4e Séance : Pleurésie purulente ; luxation de la mâchoire. — Les candidats ont été classés dans l'ordre suivant : MM. Ecart (47 points) ; Trénel (47 p.) ; Le Maître (45 p.) ; Baruk (45 p.) ; Bourdin (43 p.) ; Coulon et Leroy (*ex æquo*) (42 p.) ; Bresson (42 p.) ; Couillaud (41 p.) ; Barbary (40 p.) ; Thibaud (40 p.) ; Darin (40 p.) ; Antheaume (30 p.) ; Moundlic (39 p.) ; Tsakiris (38 p.) ; de Fontréaulx (39 p.) ; Wintrebert (37 p.) ; Iscovesco (35 p.) ; Ponsard (32 p.). — MM. Ecart, Trénel, Le Maître, Baruk, Bourdin, Coulon et Leroy ont été désignés par le jury pour être nommés internes titulaires. MM. Bresson, Couillaud, Barbary, Thibaud, Darin, Antheaume et Moundlic ont été désignés pour être nommés internes provisoires.

Banquet Péan. — Les élèves et amis de M. le Dr Péan ont décidé de lui offrir un banquet pour fêter sa promotion dans la Légion d'Honneur. Il aura lieu le Jeudi 26 janvier à 7 heures 1/2 à l'Hôtel Continental. Dans le cas où l'on désirerait y prendre part, envoyer son adhésion et sa cotisation (20 francs) soit à M. le Dr Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, 32, rue des Mathurins, soit à M. Benoit, interne à Saint-Louis, soit à M. le Dr Brochin, 51, boulevard Saint-Michel, le 24 janvier au plus tard.

Choléra en Russie. — Une circulaire officielle de Saint-Pétersbourg (13 janvier) annonce que le choléra a complètement disparu à Saint-Pétersbourg et à Moscou.

Choléra en Saxe. — Une maladie épidémique s'était déclarée à la maison d'aliénés de la province de Saxe, qui est située à Nietleben, près de Halle. Il y avait déjà eu huit décès le 15 janvier. Depuis, l'examen bactériologique a prouvé que la maladie en question était le choléra asiatique. La *Gazette de Halle* constate que sur 28 cas signalés jusqu'au 18 janvier, 13 ont été suivis de mort. Le landrath de l'arrondissement a notifié l'apparition du choléra asiatique.

Choléra en Autriche-Hongrie. — Malgré le froid intense, 6 cas de choléra se sont produits dans l'espace de quarante-huit heures à Budapesth.

Diphtérie a Budapesth. — La diphtérie et d'autres maladies font des ravages à Budapesth.

Hommage a Richard Owen. — Un comité s'est formé à Londres, parmi les membres duquel nous remarquons les noms de MM. Huxley, Hooker, Foster, etc..., à l'effet d'honorer la mémoire de sir Richard Owen. Il est question de faire faire une statue de marbre à l'illustre naturaliste que l'on placerait dans le musée d'histoire naturelle (*Revue scientifique*).

Hôpitaux de Versailles. — *Concours d'Internat.* — Après un brillant concours pour lequel douze candidats étaient inscrits et huit se sont présentés, ont été reçus internes MM. Guilleminot, Raymondi et Boulle.

La Coqueluche a Paris. — L'école communale de la rue du Jourdain (20e arrondisssement) a été licenciée par suite d'une épidémie de coqueluche qui s'est déclarée parmi les élèves de cette école.

La rougeole a Toulouse. — Une épidémie de rougeole sévit aux faubourgs Saint-Cyprien et Bonnefoy, de Toulouse. L'administration municipale a dû licencier les écoles maternelles de ces faubourgs. Dix décès se sont produits parmi la population enfantine. Des mesures prophylactiques ont été prises ; malheureusement certains parents, embarrassés des enfants, les envoient dans les écoles congréganistes des mêmes quartiers où le service médical municipal ne fonctionne pas.

Médecins inspecteurs des Ecoles. — M. Naudet (Antoine), docteur en médecine, est nommé médecin inspecteur des écoles du 11e arrondissement (2e circonscription), en remplacement de M. le docteur Delage, décédé.—M. Andrercy (Paul), docteur en médecine. est nommé médecin inspecteur des écoles du 11e arrondissement (7e circonscription), en remplacement de M. le docteur Trapenard, appelé à d'autres fonctions.

Médecins conseillers municipaux. — Le nouveau conseil municipal de Béziers a procédé à l'élection de la nouvelle municipalité. Est nommé adjoint M. le docteur Sicard, républicain, élu par 31 suffrages sur 32 votants.

Nouveaux journaux. — Nous recevons les premiers numéros de la *Médecine scientifique* et de la *Revue internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie.*

Société des Médecins Praticiens. — La Société clinique des médecins praticiens de France a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1893. Ont été élus : M. le docteur Lebec, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Joseph; vice-présidents, MM. les docteurs Bernheim et Filleau ; secrétaire général, M. le docteur Geoffroy.

Société internationale pour l'étude des questions d'assistance. — La Société internationale pour l'étude des questions d'assistance (Siège social, 14, place Dauphine), fondée en 1889, et qui compte parmi ses membres les représentants de dix-huit nations, vient de renouveler son bureau de la manière suivante. Président : M. le Dr H. Thulié, ancien président du Conseil municipal de Paris; vice-présidents : MM. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques; Sabran, président du Conseil général des hospices de Lyon ; secrétaire général : M. Alfred Muteau, publiciste ; secrétaire général adjoint : M. Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique de Paris ; trésorier : M. Gaufrès, conseiller municipal de Paris ; archiviste-bibliothécaire : M. Fernand Worms, avocat, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; secrétaires des séances : MM. les Drs Archambaud et Jenot.

Société française d'électrothérapie. — La Société française d'électrothérapie organise une exposition annuelle, qui aura lieu le vendredi et le samedi de la semaine de Pâques, en 1893. Cette exposition, qui sera installée dans le laboratoire physique de la Faculté de médecine de Paris, comprendra le matériel instrumental utilisé en électrothérapie, ainsi qu'une démonstration des méthodes électriques, planches, schéma, etc. Le Comité d'organisation est composé de M. le professeur Gariel, de MM. les docteurs Tripier, Gautier, Vogt, et de M. Gaiffe, constructeur. Les médecins et constructeurs sont priés de s'adresser dès maintenant à M. le docteur Vogt, 28, rue Saint-Lazare, Paris.

Société de médecine de Suède. — La Société de médecine de Suède a nommé membres d'honneur, parmi les savants français : MM. Charcot et Pasteur ; parmi les savants allemands : MM. Helmholtz, Du Bois-Reymond, Kœlliker et Ludwig ; pour l'Angleterre : sir J. Lister.

Transport des blessés. — *Prix.* — Le roi et la reine d'Italie offrent un prix de 10,000 francs pour le meilleur appareil de transport des blessés. Envoyer les modèles, au 1/4 d'exécution grandeur naturelle au moins, à M. L.-Delli Sanaglia, à la Société de la Croix-Rouge à Rome, avant le 30 juillet 1893.

Nécrologie. — M. le Dr Ladislas Medynski, décédé le 6 janvier, à l'âge de 45 ans.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses.* M. le Dr Charcot recommencera ses leçons le mardi à 9 heures 1/2.

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin. (*Semestre d'hiver*). vendredi à 9 1/2: Leçons sur les maladies de l'estomac : Clinique et thérapeutique. Mercredi à 9 h. : Examen des malades nouveaux. Lundi et samedi : Conférence clinique. — (*Semestre d'Été*). Vendredi à 9 1/2 : Leçons de chimie pathologique appliquée à la thérapeutique.

Hôpital de Lourcine. — M. le Dr de Beurmann : Leçons pratiques sur les affections vénériennes et syphilitiques, le lundi à 10 heures.

Hospice de Bicêtre.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux* : M. Dejerine, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. Bourneville, samedi à 9 h.

Hôpital Lariboisière. — M. le Dr F. Raymond recommandé ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le jeudi 19 janvier 1893, à 10 heures du matin, à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hopital de Saint-Louis. — *Service de M. le Dr* Richelot.— M. Richelot commencera ses leçons cliniques le mercredi 8 février 1893, à 9 heures et demie, et les continuera les mercredis suivants. A partir du 1er février, les travaux du service seront organisés comme il suit: *Lundi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Mardi* : Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (Salle Denonvilliers). — *Mercredi* : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opération. — *Jeudi* : Opération abdominale (Chalet). — *Vendredi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Samedi* : Opérations abdominales (Chalet).

Hôpital de la Charité. — M. le Dr P. Budin reprendra ses leçons de *clinique obstétricale* le jeudi 26 janvier, à 10 heures du matin (Amphithéâtre Velpeau).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 4. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 28 JANVIER 1893.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Nantes. — M. le Dr **Boiffin**.

Des lipômes douloureux.

Un des principaux caracteres des lipômes sous-cutanés est assurément leur indolence. Les adipômes, dit Cruveilhier (1), sont complètement dépourvus de sensibilité. Ces tumeurs ne deviennent sensibles que sous l'influence de l'inflammation, de traumatismes violents ou répétés; plus souvent elles deviennent gênantes et même pénibles par leur volume et leur poids, qui peuvent être considérables. Ce sont là des idées courantes admises en clinique sur lesquelles on fait souvent reposer en partie le diagnostic de ces tumeurs; cependant nous venons d'observer, dans le service, deux cas qui font exception à la règle et d'une façon singulière.

Bien que l'indolence soit de règle, ainsi que le dit aussi Reclus (2), on a cependant signalé des lipômes douloureux, et comme exemple cet auteur cite le cas de Perrote : un lipôme, siégeant dans le troisième espace intercostal, était le siège de grandes souffrances au moindre effort de respiration ou de toux.

Les deux faits qui se sont présentés simultanément à nous sont remarquables, non seulement par la sensibilité de la tumeur adipeuse elle-même, mais par les troubles réflexes éloignés qu'elle déterminait, et aussi par l'origine problable de ces productions.

Ces deux tumeurs siégeaient en effet à la région *épigastrique*, simulaient absolument à première vue des hernies de la ligne blanche et les malades accusaient les troubles fonctionnels très marqués qui sont le cortège habituel de la hernie épigastrique; cependant ce n'étaient que de vulgaires lipômes sous-cutanés.

Or, ce diagnostic, très difficile dans certains cas, pour être moins important qu'il ne devait l'être, il y a quelques années à peine, n'en est pas moins encore très intéressant. Avant la communication de notre maitre, M. Terrier, au *Congrès français de Chirurgie* en 1886, l'intervention chirurgicale était proscrite dans les hernies épigastriques dont la partie profonde peut présenter des connexions intimes avec le péritoine, l'inflammation de la grande séreuse abdominale pouvant être alors la conséquence d'une opération en apparence dépourvue de danger.

Si donc, avant cette époque, l'examen clinique concluait au diagnostic de hernie épigastrique, le malheureux patient était condamné à garder sa hernie et à porter les appareils spéciaux à cette infirmité : patient doublement malheureux s'il n'était porteur que d'un lipôme.

Depuis 1886, la cure radicale des hernies épigastrique a été adoptée et pratiquée d'une façon régulière, et aujourd'hui, en présence d'une tumeur épigastrique déterminant des troubles sérieux, l'intervention est absolument indiquée, que ce soit un lipôme ou une hernie.

Le diagnostic présente cependant encore un grand intérêt : d'abord l'on fera accepter bien plus facilement l'opération si l'on peut affirmer qu'il ne s'agit que d'une incision de la peau pour enlever une petite masse adipeuse sous-cutanée; par contre, il ne faut pas s'exposer à des surprises et entreprendre inconsidérément sans les précautions les plus sévères de l'asepsie, une opération qui peut conduire à une cure radicale de hernie non diagnostiquée; la responsabilité d'une telle faute peut être lourde.

Et l'histoire de ces deux malades montre combien doit être attentif et minutieux cet examen clinique pour éviter l'erreur.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fille de ferme, âgée de 31 ans, d'une santé robuste il y a quelques années.

Elle raconte que, il y a 6 ans, elle fit, en courant, une chute dans un fossé; elle ressentit une violente secousse, en même temps qu'une vive douleur rétro-sternale, mais non épigastrique; ce ne fut que trois semaines après qu'elle s'aperçut de la présence, dans la région épigastrique d'une petite tumeur dont le volume était alors celui d'un œuf de pigeon.

Depuis cette époque, elle a souffert de douleurs dans l'estomac, de nausées et même de vomissements, de coliques, survenant surtout après un travail fatigant; enfin elle éprouva quelquefois de la dyspnée.

En examinant cette malade, on constate en effet une tumeur dans la région épigastrique à peu près à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde, un peu à droite de la ligne médiane; la forme arrondie est légèrement aplatie d'avant en arrière; le volume est celui d'une demi-orange.

Cette tumeur est molle, sans bosselures appréciables à la surface, mate à la percussion, irréductible à la pression, et d'une fluctuation presque franche.

La peau qui la recouvre est normale et glisse facilement au-dessus; mais, quand on saisit la petite masse entre les doigts, en la soulevant, elle semble adhérente par sa face profonde au plan aponévrotique sous-jacent, et les doigts sentent une sorte de pédicule mal caractérisé empêchant de détacher la tumeur des plans profonds. De plus, pendant que l'on saisit la tumeur, si l'on fait tousser la malade, on sent une véritable impulsion dans sa masse.

Toutefois, malgré un examen minutieux, il est impossible de sentir un orifice dans le plan aponévrotique de la ligne blanche assez large à ce niveau comme on sait; et il semble que le point d'attache du pédicule se déplace selon que l'on tire la tumeur à droite ou à gauche, en haut ou en bas.

Cette tumeur est le siège de douleurs spontanées légères, plutot lancinantes, sans irradiation; la palpation en est plutot simplement pénible, mais la pression un peu forte devient douloureuse, c'est ce qui rend à cette fille son métier très penible. Enfin, au dire de la malade, le volume même de la tumeur serait variable : après le travail de la journée, elle deviendrait plus grosse le soir que le matin au réveil.

(1) Cruveilhier, t. III, p. 322.
(2) Reclus. — *Manuel de path. ext.*, t. I, p. 179.

Devant cet ensemble troublant des symptômes, le diagnostic resta hésitant entre un lipome sous-cutané et une hernie épigastrique irréductible.

L'opération permit de constater que sous la peau et la couche adipeuse sous-cutanée se trouvait une masse molle, jaunâtre, entourée d'une capsule fibreuse assez résistante, se détachant facilement des parties voisines, et n'adhérant au plan aponévrotique sous-jacent que par des tractus cellulo-fibreux étendus à toute sa face profonde ; il fut impossible de reconnaître un pédicule isolable ; et après l'ablation de la tumeur, l'examen de la surface correspondante de la ligne blanche ne décela aucun orifice, aucun défaut de continuité dans cette aponévrose. Les suites opératoires furent très simples et sous un seul pansement la réunion fut parfaite.

Nous avions eu affaire à un lipome encapsulé sous-cutané, et nous pouvons maintenant expliquer les différents signes se rattachant à l'idée d'une hernie épigastrique : la forme de la tumeur était aussi régulière que celle d'une hernie munie de son sac, car l'enveloppe fibreuse figurait bien un sac complet ; et pour la même raison les limites de ce lipome étaient aussi nettes que celles d'une hernie. Les connexions avec la ligne blanche simulaient un pédicule herniaire; en effet, la tumeur étant soulevée, les faisceaux conjonctifs de sa face profonde se tendaient, se réunissaient en un faisceau volumineux attaché à la ligne blanche ; mais cette sorte de pédicule se déplaçait avec la tumeur et ne correspondait à aucun orifice fibreux aponévrotique.

Enfin, en recherchant l'expansion que détermine la toux, l'effort dans une hernie, on éprouvait cette même sensation en saisissant le lipôme encapsulé par son équateur, et en faisant tousser la malade ; or la pression des doigts allongeait d'abord ainsi la ligne des pôles, soulevant d'un côté la peau et de l'autre déprimant l'aponévrose. Celle-ci, se tendant brusquement sous l'influence de l'effort musculaire, repoussait le pôle correspondant, et dans cette tumeur presque liquide, cette poussée se transmettant en tout sens, les doigts explorateurs éprouvaient une sensation de fausse expansion, mais il n'y avait pas la crépitation due au passage de nouvelles parties d'épiploon ou de graisse chassées de la cavité abdominale et y rentrant ensuite.

Dans le second cas, le diagnostic fut moins épineux. Il s'agit d'une malade de 59 ans, femme de pêcheur à l'Ile d'Yeu, occupée tantôt aux travaux des champs, tantôt à la pêche. Il y a 5 ou 6 ans qu'elle s'est aperçue, à la suite d'un labeur très pénible, qu'elle portait à l'épigastre une petite grosseur, du volume d'un pois, facile à faire rouler sous la peau. Depuis cette époque la tumeur a grossi lentement, mais elle est devenue d'une sensibilité excessive, supportant péniblement la pression des vêtements ou des draps du lit; elle est même douloureuse spontanément.

De plus, il y a des troubles très graves de l'appareil digestif; très souvent cette femme éprouve des nausées et même des vomissements glaireux ; son appétit a notablement diminué, son sommeil est ordinairement agité, troublé par des douleurs très vives à l'épigastre. L'état général se ressent de tous ces troubles, l'amaigrissement est extrême. La situation est devenue telle que cette brave femme, qui n'avait jamais quitté son pays, entreprend le voyage de Nantes pour y subir le traitement opératoire que son médecin lui affirmait être indispensable.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu on constate que cette femme porte, à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic une petite tumeur à peu près circulaire de 5 à 7 centimètres de diamètre, siégeant dans le pannicule adipeux sous-cutané, très mobile sur les plans profonds, donnant une sensation d'empâtement, avec bosselures séparées par des sillons bien nets, se dessinant sous la peau pendant le pincement de la tumeur : tous ces caractères suffisent largement pour poser le diagnostic de lipôme de la région épigastrique, mais en remarquant la bizarrerie des symptômes fonctionnels.

Une incision verticale de la peau montre que la tumeur n'a point de limites nettes avec le tissu adipeux sous-cutané, et son aspect confirme notre diagnostic. Ce lipôme diffus est fendu en deux parties qui sont isolées successivement au delà des limites périphériques mal appréciables de la tumeur. Au fond de la plaie on aperçoit la ligne blanche dont la surface aponévrotique ne porte aucun orifice anormal. La peau fut suturée sans drainage.

Dans les jours suivants, cette malade ne ressentit ni les souffrances, ni les troubles digestifs qu'elle éprouvait avant l'opération ; et, quinze jours après, elle regagnait son pays ; trois mois après, un autre malade de l'île d'Yen nous disait que cette amélioration se maintenait.

Plusieurs points intéressants restent à dégager de ces deux faits : D'abord le développement de ces lipômes semble bien dû à des pressions répétées et assez fortes sur la région épigastrique ; les deux malades ont nettement expliqué que dans leurs travaux elles portaient de lourdes charges dans des paniers qu'elles tenaient en les appuyant sur cette région. « S'il est évident, dit Cruveilhier (1), que les lipômes multiples appartiennent à une sorte de diathèse, il me paraît non moins évident que les lipômes solitaires sont souvent la conséquence, soit d'une contusion, soit d'une pression habituelle ou intermittente » ; et plus loin « c'est à la pression qu'il faut attribuer la forme aplatie, à large base, du plus grand nombre des tumeurs adipeuses, lesquelles abandonnées à elles-mêmes prennent presque toujours la forme sphéroïdale. » Cet auteur cite cinq ou six exemples de cette étiologie des lipômes.

Le professeur Tillaux (2) cite un fait semblable de lipôme épigastrique chez une femme de quarante ans, domestique dans une librairie, employée toute la journée à porter d'énormes paquets de livres qui reposent sur son ventre pendant la marche : mais dans ce cas il n'y avait pas de douleurs vives ni de troubles réflexes.

A quoi attribuer ces phénomènes chez nos deux malades ? Ce n'est assurément pas au tempérament nerveux de ces deux femmes, dont l'une est fille de ferme, l'autre femme de pêcheur, c'est-à-dire dans des conditions peu favorables à l'éclosion d'accidents purement nerveux, coïncidant avec la présence de tumeurs sans importance par elles-mêmes.

Ce n'est pas le volume, ni une lésion inflammatoire que l'on peut incriminer non plus, car ces tumeurs étaient loin d'avoir des dimensions considérables, et leur examen n'a révélé aucune trace d'inflammation.

Il est beaucoup plus rationnel d'admettre que le lipôme, qui par sa nature même est dépourvu de sensibilité, ne détermine ces troubles fonctionnels que grâce à son siège dans cette région spéciale. Le lipôme est dépourvu de sensibilité, et mon élève et ami Tulane (3), a soumis ces deux tumeurs à un examen macroscopique et histologique très minutieux dans le laboratoire

(1) Cruveilhier. — *Anat. path. génér.*, t. III, p. 328.
(2) Tillaux. — *Sem. méd.*, 1887, p. 241.
(3) Tulane. — *Lipômes de la région épigastrique.* Th. P., 1892.

du professeur A. Malherbe, sans y déceler de filets nerveux.

Au contraire, la région épigastrique est douée d'une sensibilité spéciale, à laquelle il faut attribuer les troubles fonctionnels que S. Bonnet (1) a bien décrit dans les hernies de cette région et qui sont également intenses pour une simple hernie graisseuse sans diverticule péritonéal et pour une entérocèle. Ces troubles fonctionnels sont aussi ceux qu'ont éprouvés nos deux malades pour de simples lipômes sous-cutanés : c'est donc bien la région épigastrique qui répond à sa façon aux excitations, aux pressions déterminées par la tumeur. N'est-ce pas la sensibilité spéciale de cette région qui rend si pénibles les chocs, les coups portés à son niveau : tout le monde sait qu'un coup à l'épigastre est douloureux au point de déterminer une syncope, et le physiologiste détermine la mort subite d'une grenouille par une violente chiquenaude dans cette région. Aussi bien les chirurgiens ne frappent-ils plus sur le creux de l'estomac de leurs malades pendant la chloroformisation en cas d'alerte ou d'accident sérieux.

C'est cette partie de physiologie pathologique de nos deux lipômes qui est la plus intéressante et on ne peut plus dire avec Cornil et Ranvier : « Les lipômes sont graves seulement lorsque par *leur volume* ils entravent une fonction ou lorsqu'ils déterminent des *accidents inflammatoires.* » Il faut encore tenir compte de *leur siège* qui, dans la région *épigastrique*, peut entraîner des troubles réflexes très graves par leur intensité et leur nature, rendant ainsi l'intervention chirurgicale nécessaire.

(1) S. Bonnet — *Cure radicale des hernies epigastriques.* Th. P. 1886.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr **J. SIMON.**

L'électricité dans la diarrhée et le choléra ;

par le Dr **Ervant ARSLAN.**

Observations prises et traitement dans le service.

En 1890, à l'époque où j'étais assistant à la Clinique des maladies des enfants de Padoue, j'avais entrepris des expériences sur la manière d'agir du courant électrique dans la diarrhée chez les enfants.

Ayant observé que le courant faradique, appliqué directement sur la paroi abdominale, réussissait à faire cesser la diarrhée, après un nombre assez limité de séances, j'ai traité beaucoup de malades en obtenant toujours de bons résultats. A l'exception de la diarrhée produite par la dysenterie, l'entéro-colite ulcéreuse, notre méthode nous a donné, presque dans toutes les autres formes, d'excellents succès. Même dans la tuberculose intestinale, où la diarrhée formait un des symptômes les plus rebelles au traitement des divers médicaments, nous avons eu la chance de la voir cesser pendant quelque temps, assez pour nous permettre de relever la nutrition et la force de l'enfant.

La machine à courant induit la plus simple est suffisante pour notre but. L'intensité doit être assez forte pour produire des contractions visibles des muscles de la paroi abdominale. On applique les deux réophores sur le ventre, baignés très fréquemment, et on les fait parcourir à caprice pendant une ou deux minutes tout au plus. Le courant est très bien toléré et ne produit aucune douleur, car plusieurs enfants restaient impassibles, sans émettre le moindre cri pendant toute la durée de l'électrisation.

En général, après trois ou quatre applications, la diarrhée se supprime en même temps qu'il y a amélioration des autres symptômes (fièvre, vomissements, inappétence, malaise, etc.) qui accompagnent si fréquemment cette maladie. Dans certains cas, une seule séance suffit pour arrêter la diarrhée. Chez deux petits malades, après une première application électrique, à la diarrhée faisait place de la constipation, à tel point que nous fûmes obligé de recourir au lavement purgatif. Nous n'avons observé aucun inconvénient.

Cette année, ayant la fortune de fréquenter la Clinique du Dr Simon et profitant de son exquise courtoisie, nous avons eu l'occasion de répéter nos expériences à maintes reprises. Nous le remercions bien sincèrement aussi pour nous avoir fait un bon accueil et donné l'hospitalité dans son service. Cinq petits malades de diarrhée de la Clinique du Dr Simon, dont un présentait tous les symptômes du choléra infantium, traités par nous avec l'électricité, guérirent complètement après trois séances au plus. Bien entendu, dans ces cas, pour se faire une juste idée de l'action de cette nouvelle méthode, nous n'avons prescrit aucun autre traitement en dehors de l'hygiène alimentaire.

Dans la même époque (juillet 1892) j'ai eu l'occasion de traiter deux cas de choléra, reçus à l'hôpital, dans la salle Archambault, qui sert comme service d'isolement pour ces espèces de malades, sous la direction du Pr Simon. Ces deux cholériques, un de neuf ans, l'autre de douze ans, proviennent de Suresnes, banlieue reconnue infestée par l'épidémie du vrai choléra asiatique, après les recherches de la Commission spéciale dirigée par le P. Proust (1).

Chez les deux malades la diarrhée a cédé dès les premières applications électriques. Un de ces malades était guéri de sa diarrhée, mais il avait encore les vomissements bilieux et incoercibles. La faradisation du nerf pneumogastrique (un réophore sur la région épigastrique, l'autre au cou, sur le trajet du faisceau nervéo-vasculaire) pendant une minute fit cesser le vomissement tout de suite. Naturellement, la gravité de la maladie ne permettant pas cette fois de se borner au traitement électrique, on a dû recourir à d'autres moyens thérapeutiques conseillés par le Dr Simon, avec cette spéciale tactique médicale qui le distingue. Mais les résultats obtenus dans tous les autres cas (une trentaine à peu près), la rapidité de son action chez ces deux cholériques nous autorisent à affirmer que notre méthode, au moins dans la majorité des cas, pourra, seule ou unie aux moyens de traitement déjà connus, rendre de grands services à la thérapeutique de cette terrible maladie. En publiant cette petite note préventive nous avons cru faire chose utile au public médical dans l'actuelle époque, où le choléra commence à prendre une marche envahissante. D'autant plus que nous espérons que des expériences ultérieures donneront à cette nouvelle méthode un plus vaste champ d'application dans la médecine pratique spécialement infantile, à laquelle sont limitées nos recherches à ce propos.

Nous nous réservons de faire une publication détaillée lorsque nous aurons complété nos expériences.

(1) *Bulletin médical*, 20 juillet 1892, nº 58.

Incinération. — Le 21 janvier a eu lieu l'incinération, au Pere-Lachaise, de M. Magne, député de la Haute-Loire.

Les médecins a l'Élysée. — M. Carnot a reçu cette semaine M. le Dr Morache, recemment nommé médecin-inspecteur de l'armée.

Université de Naples. — *Troubles* — Les désordres qui ont récemment éclate à l'Université de Naples se sont renouvelés ces jours derniers. Un groupe d'étudiants a envahi la salle du professeur Scaduto, celui qui, l'année dernière, souffleta un étudiant. M. Scaduto a empoigné un etudiant et l'a traîné dans une autre salle. Les étudiants sont venus délivrer leur camarade. M. Scaduto a dû se sauver par une porte latérale.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement dit *d'écorchement* des éphélides, des acnés rosacés, etc.

Par le Dr W. van HORNN, d'Amsterdam.

Il y a deux ans, nous avons publié dans ce journal (1), un compte rendu d'une visite à la Clinique du Dr Unna. Dans ce petit travail, nous avons mentionné plusieurs méthodes spéciales de traitement dont se sert avec préférence l'éminent dermatologiste hambourgeois. Frappés par les résultats que nous avons vus chez lui, nous avons essayé plusieurs de ses méthodes à l'Hôpital des Enfants-Malades, dans notre Policlinique et dans la clientèle privée. Nos espérances n'ont pas été déçues, puisque nous avons réussi à obtenir ainsi d'aussi belles guérisons que celles que nous avions admirées à Hambourg.

Un résultat des plus surprenants est certainement celui qu'on peut constater après l'usage d'un mode de traitement que notre excellent confrère préconise pour la guérison rapide de plusieurs affections qui enlaidissent la figure.

Ecorcher ou *peler*, c'est le nom qu'il emploie pour désigner une petite opération recommandée par lui, non seulement contre toutes les formes d'acné un peu graves et contre les éphélides, mais aussi contre les cicatrices superficielles qui restent après la petite vérole.

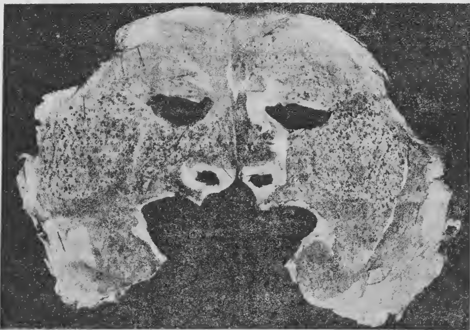


Fig. 9. — Traitement des *Ephélides*: Partie postérieure de l'épiderme détaché.

La durée d'un traitement est d'une semaine à peu près. On le répète une ou plusieurs fois, ou on ne le répète pas, selon le caractère et l'intensité de l'affection. Dans des cas d'éphélides une seule application suffit ordinairement. Si l'on fait usage de cette méthode contre les cicatrices, il faut répéter le traitement *aussi souvent que possible* pour atteindre le but: amoindrir, autant que faire se peut, la différence de couleur et de niveau entre les cicatrices et la peau saine. Dans les cas d'acné le nombre nécessaire des traitements successifs dépend de l'intensité de l'affection.

Toutefois, une expérience basée sur beaucoup de cas nous permet de confirmer ce que notre savant ami nous avait assuré autrefois, c'est-à-dire qu'en peu de semaines on réussit par sa méthode à guérir les cas les plus graves et les plus rebelles d'acnés rosacés. Cependant dans ceux-ci il faut, avec une modification du thermocautère de Paquelin, appelé « Mikrobrenner », détruire, après chaque traitement, les petites veines dilatées.

L'opération se fait ainsi : plusieurs fois par jour on enduit la peau de la figure d'une pâte à l'oxyde de zinc, contenant 50 p. 100 de résorcine. Cela se répète pendant trois ou quatre jours, après losquels la peau devient dure comme du parchemin, et des gerçures commencent à se montrer.

Alors le moment est venu de cesser l'application de la résorcine et de couvrir la peau d'un pansement spécial. Le pansement se compose d'une mixtion qui contient de la gélatine, de la glycérine, de l'oxyde de zinc et de l'eau pure, qui s'applique toute chaude et qui, ensuite, est couverte d'un peu d'ouate pour éviter toute adhésion.

En peu de jours, l'ancienne couche d'épiderme se détache de la nouvelle ; après quoi elle peut être enlevée avec le pansement. Il est de grande importance de choisir bien le moment de l'application et de l'enlèvement du pansement. M. Unna nous avait averti que la probabilité de succès diminue si l'on cesse trop tôt l'application de la résorcine et qu'il peut en advenir une dermatite grave, si l'on applique trop longtemps la pâte ou si l'on enlève trop tôt le pansement.

Quoique, depuis plus de deux ans, nous ayons suivi cette méthode, jamais nous n'avons vu les suites dangereuses mentionnées par l'auteur. Nous croyons devoir attribuer ce résultat favorable à la circonstance qu'avant de l'employer nous-mêmes, nous avions vu appliquer le traitement plusieurs fois dans sa clinique.

Il résulte de la description donnée que, pendant le traitement, les malades ne peuvent pas se montrer. C'est un inconvénient qui les gêne beaucoup ; mais les malades se plaignent plutôt, au commencement, d'un peu de démangeaison et de chaleur, et ensuite d'un sentiment de tension et de rigidité. Tout ceci n'est pas bien sérieux. Cependant, les circonstances nommées peuvent causer beaucoup de peine au médecin lorsqu'il a affaire à des femmes nerveuses.

Souvent, dans les premiers jours, les malades ont l'urine un peu noirâtre; cependant ce symptôme n'est jamais accompagné que de très légers troubles dans les fonctions. Nous devons répéter que jamais des troubles graves pendant le traitement ni des préjudices persistants n'ont été observés par nous.

Dans les cas d'éphélides, le traitement est radical, il est vrai, mais l'amélioration n'est pas persistante si les malades se négligent après. Cependant, les éphélides une fois enlevés, il est facile de maintenir la peau dans une très bonne condition par l'application des lotions usitées (le sublimé de mercure, le naphtol, etc.). Ainsi, il y a un an et demi, une jeune fille subit le traitement et immédiatement après elle s'exposa au soleil ardent pendant un voyage dans le pays des glaciers.

Nonobstant cette circonstance défavorable, jusqu'à présent, sa figure reste dans un état considéré par elle, par ses parents et par nous-même, comme très satisfaisant.

Il y a peu de temps, chez une autre jeune fille qui montrait une quantité énorme d'éphélides, nous avons réussi à enlever presque en entier la couche d'épiderme qui restait

(1) Numéro des Etudiants, 1890.

adhérente au pansement. Nous gagnions ainsi une préparation qui se prêtait à merveille à la démonstration.

Quelques confrères, qui l'ont vue, manifestaient tant d'intérêt que nous avons cru devoir publier la méthode et une représentation de la préparation. Notre ami, M. le Dr Wertheim Salomonson, a eu l'obligeance d'en faire la belle photographie dont je puis donner une reproduction (V. *Fig.* 9). Elle montre la partie postérieure de l'épiderme enlevé, là où il s'est détaché de la face. La partie antérieure reste encore adhérente au pansement qui, au milieu, a été tranché aux ciseaux pour faciliter l'enlèvement. Outre les éphélides, qui donnent à la préparation l'aspect d'une peau de serpent, on voit, à la région nasale, quelques petits points, résultant de plusieurs comédons enlevés.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la suppression du privilège des bouilleurs de cru.

Le Parlement vient d'apporter à la législation concernant les boissons alcooliques des modifications qui, au point de vue de l'hygiène générale, constituent un incontestable progrès. De ces modifications il en est une qui, bien que réclamée depuis longtemps déjà comme une mesure sanitaire de premier ordre, a eu le don d'émouvoir profondément les populations viticoles: c'est de la suppression du privilège des bouilleurs de cru que je veux parler. Cette émotion a eu son retentissement à la Chambre et il en est résulté une discussion assez vive au cours de laquelle de nombreux orateurs se sont succédé à la tribune, venant tour à tour combattre ou défendre ce privilège. Les arguments qu'on a fait valoir à ce propos étaient principalement d'ordre fiscal. On a paru surtout se préoccuper des bénéfices que procurerait au Trésor ou des pertes que ferait subir aux privilégiés actuels la réforme proposée. On a laissé dans l'ombre tout un côté de la question, le côté hygiénique, qui est peut-être cependant le plus important, comme s'est attaché à le démontrer récemment M. G. Ballet, dans une de ses leçons cliniques.

L'alcoolisme, il ne faut pas se le dissimuler, constitue aujourd'hui un véritable péril social, et le législateur a le devoir de mettre obstacle aux ravages qu'il tend à exercer sur les populations : il y va de l'intérêt de la nation tout entière. Il est une vérité que proclamaient MM. Brouardel et Pouchet, dans un rapport lu au Comité consultatif d'hygiène, dans la séance du 28 mai 1888 ; c'est que, dans le monde, l'avenir appartient aux peuples sobres.

L'alcool ne s'attaque pas seulement à celui qui le consomme, ne compromet pas seulement la vigueur physique et intellectuelle de ce dernier ; mais il porte aussi une sérieuse atteinte à la santé des enfants qui naissent de lui. Avec sa propre déchéance, l'alcoolique entraîne la déchéance de l'espèce. Cette affirmation, loin de reposer sur des données théoriques, est étayée sur l'observation clinique des faits. Nous constatons chaque jour, chez les malades qui peuplent nos asiles, des tares psychiques et physiques qui reconnaissent, comme cause principale, des excès habituels de boisson chez les ascendants.

Depuis longtemps déjà l'alcoolisme sévit en France. A l'origine, il semblait être l'apanage des populations des villes et des grands centres industriels. Il florissait surtout là où se trouvaient de grandes agglomérations d'habitants ; les populations rurales jouissaient, à cet égard, d'une certaine immunité. Actuellement, la situation s'est modifiée d'une façon notable ; l'alcoolisme a une tendance marquée à se répandre dans les campagnes, faisant courir ainsi à l'avenir de la nation un danger de plus en plus menaçant. La population ouvrière des grandes villes, qui vit dans des conditions hygiéniques souvent très défectueuses, qui demande à l'absorption de l'alcool le moyen de faire face à la dépense d'énergie musculaire que nécessitent de rudes travaux, est une population sur laquelle il n'est guère permis de fonder de solides espérances au point de vue de la conservation des qualités de la race ; c'est une population on pourrait presque dire sacrifiée. Tout autres sont les populations rurales ; elles constituent la souche vivace d'où naissent des rejetons vigoureux, susceptibles de compenser la déperdition de forces qui résulte de la déchéance des populations urbaines. Dès lors, tout agent qui porte atteinte à la vitalité des populations des campagnes compromet en même temps la vitalité de la nation.

Un fait aujourd'hui indiscutable est l'extension qu'a prise dans ces dernières années la consommation de l'alcool. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter un regard sur l'atlas de statistique graphique, dressé par M. Turquan sous la direction de M. Claude, ancien sénateur des Vosges et rapporteur de la commission d'enquête sur la consommation de l'alcool en France. Ce travail, remarquable à tous égards, nous apprend que la consommation moyenne d'alcool par tête, qui était de 1 litre 60 en 1850, a suivi une marche régulièrement progressive pour arriver en 1870 à 2 l. 81 et s'élever en 1885 à 3 l. 85.

En même temps que la consommation de l'alcool augmentait, sa production subissait un accroissement corrélatif; celle-ci a doublé en l'espace de 35 ans et, détail important à noter en l'espèce, la production des alcools de vin et de fruits subissait une diminution considérable, alors que celle des alcools de mélasse, de betteraves et de grains augmentait dans d'énormes proportions. En 1840, la France produisait plus de 800.000 hectolitres d'alcools de fruits (vins, cidres, marcs), 40.000 hectolitres d'alcools de mélasse, 38.000 hectolitres d'alcools de grains et 20.000 hectolitres d'alcools de betteraves. En 1885, la production d'alcools de fruits tombe à 20.000 hectolitres alors que celle des alcools de mélasse s'élève à plus de 725.000 hectolitres, celle des alcools de grains à près de 600.000 hectolitres et celle des alcools de betteraves à 475.000 hectolitres. Ces derniers alcools, qui ne constituaient vers le milieu du siècle qu'une faible part de la production totale, atteignent donc aujourd'hui plus de 1.800.000 hectolitres, tandis que l'alcool de vin est tombé de 815.000 hectolitres à 22.000.

Ces données statistiques sur les productions des différents alcools ne nous paraissent pas dénuées d'intérêt, car les physiologistes ont démontré, à l'aide de l'expérimentation, que les alcools de mélasse, de betteraves et de grains sont des alcools dont la constitution

atomique est élevée, des alcools dits supérieurs, dont la toxicité est infiniment plus considérable que celle de l'alcool éthylique. En même temps que la consommation de l'alcool augmentait, les produits consommés devenaient donc plus nuisibles et partant les cas d'alcoolisme plus fréquents.

La répartition géographique de la consommation de l'alcool soumis aux droits permet d'assister, suivant l'expression de Claude, au véritable mouvement de tache d'huile qu'affecte cette consommation depuis 1873. A cette époque, la ligne qui circonscrit la région où la consommation est supérieure à 3 litres entoure l'extrémité de la Bretagne, puis la Normandie, l'Ile-de-France, la Champagne et les Vosges. Sur les deux tiers du territoire on consomme moins d'un litre par tête ou de 1 à 2 litres.

En 1885, on voit que partout la consommation a augmenté au moins d'un litre. La Manche est passée de 5 litres à 6 litres, la Seine-Inférieure de 10 litres à 13 litres, les Bouches-du-Rhône de 1 litre à 4 litres.

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher des cartes représentant la consommation de l'alcool par départements celles qui ont été dressées par les mêmes auteurs, d'après les travaux de Lunier sur la répartition des cas de folie alcoolique. On saisit bien ainsi l'augmentation corrélative des affections mentales d'origine alcoolique et de la consommation de l'alcool. Ce sont les régions où la consommation de l'alcool est la plus forte qui fournissent la plus grande proportion de malades traités dans les asiles comme alcooliques. Dans la Seine Inférieure, par exemple, sur 100 aliénés il y a 23 alcooliques, dans la Manche, il y en a 19, etc. La moyenne, pour toute la France, donne la proportion de 14,66 alcooliques sur 100 aliénés.

Cette statistique de Lunier concerne la répartition départementale de la folie alcoolique pour une période de dix ans (1867 à 1876). Aujourd'hui cette proportion serait incontestablement plus forte.

En dehors des cas de folie toxique qu'il détermine, l'alcool agit encore comme un puissant élément de dépopulation, en raison des suicides et des morts accidentelles qu'il occasionne. Pour la période quinquennale de 1836 à 1840 où l'on consommait en France moins de 500.000 hectolitres d'alcool, on a noté 137 suicides et 226 morts accidentelles reconnaissant pour cause notoire l'excès de boissons alcooliques. Pour la période de 1880 à 1885, le nombre des suicides s'élève à 868 et celui des morts accidentelles à 538.

Sans insister sur les rapports étroits de la criminalité et de l'alcoolisme, constatons simplement que le nombre des accusés jugés par les cours d'assises et des prévenus jugés par les tribunaux correctionnels parait sensiblement plus élevé dans les régions où l'on consomme le plus d'alcool.

Des considérations qui précèdent, il résulte que l'on se trouve aujourd'hui en France en présence d'une situation éminemment critique à laquelle il est urgent de porter remède. Est-ce à dire que les hygiénistes ne se soient pas préoccupés déjà de cet état de choses, qu'aucun effort n'ait été tenté pour conjurer le péril résultant de cette extension de l'alcoolisme ?

Dès 1873, le Parlement votait la loi tendant à réprimer l'ivresse publique et établissait une surtaxe sur l'alcool. Mais ces mesures n'ont pas donné les résultats qu'on était en droit d'en attendre. La surtaxe de l'alcool a amené, il est vrai, une diminution dans la consommation de celui-ci pendant les deux ou trois ans qui ont suivi l'établissement des droits nouveaux, mais son influence n'a pas été durable. Les moyens qui avaient pour but d'agir sur la quantité d'alcool consommé n'ayant pas eu d'efficacité réelle, il convenait dès lors de se préoccuper de la qualité des produits livrés à la consommation. Du moment qu'il est scientifiquement établi que tous les alcools n'ont pas une égale toxicité, que ceux-là surtout sont dangereux qui renferment les produits passant les premiers et les derniers à la distillation, que par des procédés de rectification industriellement réalisables il est possible d'arriver à obtenir un liquide infiniment moins nuisible que celui qui contient des alcools à atomicité élevée, les pouvoirs publics, en assurant une rectification parfaite des alcools livrés au commerce, atténueraient dans une mesure notable les ravages de l'alcoolisme.

Mais pour arriver à ce résultat il faut une surveillance active de la fabrication de l'alcool et un obstacle sérieux au contrôle par l'Etat de la qualité des produits alcooliques livrés à la consommation réside dans le privilège des bouilleurs de cru.

La loi du 14 décembre 1875, qui consacre ce privilège, exempte de l'exercice et de toute déclaration préalable les propriétaires qui distillent les vins, les marcs, cidres, prunes et cerises provenant exclusivement de leurs récoltes. Ce privilège n'aurait rien en somme d'exorbitant s'il n'en était fait qu'un usage honnête. Mais il existe une catégorie de bouilleurs de cru qui, au lieu de se borner à distiller leur propre récolte, achètent des grains et même des racines pour les distiller à l'abri de l'immunité qui leur a été octroyée. Ces industriels malhonnêtes sont des agents actifs de l'intoxication alcoolique. Profitant de ce que leur industrie n'est soumise à aucun contrôle, ils jettent clandestinement dans la consommation des quantités considérables d'alcool mal distillé, non rectifié, excessivement toxique.

Un tableau du rapport de Claude montre comment, de 1850 à 1885, les distillateurs de profession et les bouilleurs de cru se sont partagé la production totale de l'alcool. Ce tableau accuse une dimension considérable dans la production des bouilleurs de cru, à partir de l'époque où a été établi leur privilège. En 1875, ils fabriquaient 377.000 hectolitres ; en 1885, ils n'en fabriquent plus que 69.000.

« Or, comme il n'est pas possible d'admettre que ce privilège ait eu pour effet d'arrêter leur fabrication, bien au contraire, il est permis de conclure, dit Claude, que la différence existant entre leur production actuellement apparente et la production antérieure représente, sans aucun doute, un chiffre de fraude et même un chiffre de fraude bien inférieur à la réalité. »

MM. Brouardel et Pouchet signalent eux aussi, dans le rapport dont nous avons déjà parlé, les distillations clandestines dont les alcools ne sont pas ou sont mal rectifiés, comme une des voies par où entrent dans la consommation des produits dangereux et appellent

l'attention des pouvoirs publics sur cette source d'invasion des produits impurs.

La suppression du privilège des bouilleurs de cru, favorisant la surveillance par l'Etat de la fabrication de l'alcool, semble devoir restreindre dans une mesure notable la production des alcools dangereux et mettre ainsi un obstacle à la diffusion de l'alcoolisme. Nous voyons, d'après une note qui nous est communiquée par notre ami le Dr Roubinowitch, que la Suède n'a eu qu'à se louer de la suppression de ce privilège. Il en est résulté dans ce pays, où l'alcoolisme faisait de terribles ravages, une diminution considérable dans le nombre des distilleries, qui de 170.000 sont tombées à 300, et une diminution non moins marquée dans la consommation de l'alcool. Espérons qu'en France la suppression du privilège des bouilleurs de cru produira les mêmes résultats qu'en Suède et que cette mesure constituera un moyen efficace de combattre les progrès incessants de l'intoxication alcoolique. Dr F. Pactet.

Union des Syndicats médicaux.

Le 27 novembre dernier, quelques jours après le vote de la loi Chevandier, a eu lieu, au Grand-Hôtel, la réunion générale de l'Union des Syndicats médicaux de France. Les délégués des 70 à 80 syndicats existants ont voté les nouveaux statuts et discuté diverses questions professionnelles : l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires, la médecine de frontière, l'assistance médicale gratuite, etc. Ces questions et plusieurs autres, touchant à l'intérêt général non moins qu'à celui des médecins eux-mêmes, n'ont pu qu'être effleurées, en raison du temps considérable pris par la révision des statuts. Leur étude a été confiée au nouveau bureau de l'Union. Les membres du bureau, pour l'année 1893, sont :

MM. Gibert (du Havre), président d'honneur ; Porson (de Nantes), président ; notre confrère, Cézilly, directeur du *Concours médical* ; Jubiot (de Marseille) ; Cellier (de Laval) ; Pouillot (de Poitiers), vice-présidents ; Hervouët (de Paris), secrétaire général ; Lécuyer (de Beaurieux), Luneau (de Nantes), secrétaires adjoints ; Maurat (de Chantilly), trésorier.

Ont été nommés, par acclamation, présidents d'honneur, MM. les sénateurs Cornil et Chevandier, ce dernier décédé, comme on sait, il y a quelques semaines. M. le sénateur Trarieux a accepté le titre de Conseil d'honneur de l'Union.

Le nouveau bureau s'est réuni pour la première fois le 15 janvier dernier au siège social, 23, rue de Dunkerque. Il a pris diverses résolutions pour activer le mouvement syndical et les adhésions à l'Union. Le fait d'exercice intensif de la médecine civile par les médecins militaires, ayant été l'objet de plaintes très vives et de pétitions sans résultat, le bureau a décidé qu'une lettre serait adressée à M. le Ministre de la guerre, le priant de vouloir bien faire connaître officiellement ses intentions à ce sujet, afin que les médecins civils sachent à quoi s'en tenir, et si des plaintes fondées ont quelque chance d'être écoutées. Les autres questions à l'ordre du jour ont été discutées et mises à l'étude : l'exercice de la médecine sur les frontières, l'assistance publique des indigents, les sociétés de secours mutuels, la loi sur l'exercice de la pharmacie.

M. B.

L'Hôpital international de la rue de la Santé.

M. le Dr Péan, au sortir des hôpitaux, n'entend pas rester inactif. Pour continuer à posséder un service chirurgical à Paris, en dépit des règlements de l'Administration de l'Assistance publique, il n'a rien trouvé de mieux que de faire construire, *à ses frais*, un hôpital international dont il sera le propriétaire et le chirurgien, l'administrateur et le bailleur de fonds. C'est un procédé qui certes n'est pas à la portée de toutes les bourses.

Cet hôpital a été inauguré le 21 janvier 1893, en présence d'un nombreux auditoire et d'un grand concours d'amis. M. Thomas, maire du XIIIe Arrondissement, assistait à cette inauguration, au cours de laquelle M. Péan a prononcé un discours-programme publié par nos confrères de la Presse médicale. N'ayant pas encore eu le loisir de visiter cet établissement d'un genre tout nouveau à Paris, nous nous bornons à publier une note qu'un de nos amis nous a adressée et qu'on trouvera plus loin (1) ; mais, sous peu, nous ferons connaître à nos lecteurs l'installation matérielle, que M. Péan a dirigée, et, s'il est possible, les chiffres du budget dont ce chirurgien a doté sa fondation.

Nous tenons à ajouter que, si la presse politique a été informée de cette inauguration, la presse médicale n'a pas été aussi favorisée. Y a-t-il une raison ? M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 janvier 1893. — Présidence de M. Chauveau.

M. Féré a recherché la *fréquence des difformités de la peau chez les épileptiques.* Les taches pigmentaires, le molluscum, le nœvus, se rencontrent 82 fois pour 100. M. Hallopeau, dans des recherches analogues faites sur des sujets non épileptiques, n'a trouvé de malformations cutanées que 48 fois pour 100. Il existe donc une forte différence en faveur des épileptiques. En général, ces marques cutanées sont très rares aux jambes et aux cuisses.

M. Féré a étudié l'*influence de la compression, même intermittente, sur l'épaisseur du pannicule adipeux sous-cutané.* La bottine amène la disparition de la graisse dans les parties qu'elle comprime, et il n'est pas rare de voir, dans ces conditions, un bourrelet adipeux, qui peut atteindre deux centimètres d'épaisseur et plus, se former au-dessus des parties comprimées. Les bandages herniaires amènent de semblables fontes graisseuses.

M. Dejerine. — Les jarretières amènent aussi la disparition de la graisse sous-cutanée et même l'atrophie de la peau au point où elles sont appliquées.

M. P. Richer. — *L'étude du nu dans la station verticale permet de fixer le rôle de certains muscles.* On peut ainsi constater que le triceps fémoral ne contribue pas à la station debout. Il en est de même des muscles fessiers.

MM. d'Arsonval et Charrin reviennent sur *l'action d'arrêt que le bacille pyocyanique exerce sur la fermentation alcoolique due à la levure de bière.* Quatre tubes d'eau sucrée sont largement ensemencés de levure. Le premier sert de témoin. Le second est additionné de culture pyocyanique ; la fermentation ne s'y fait pas. Le troisième et le quatrième reçoivent l'un des produits de filtration du B. pyocyanique, l'autre une culture du même bacille tuée par l'acide carbonique sous pression. La fermentation se montre très active dans ces deux derniers tubes, plus vive même que dans le tube témoin. Il s'ensuit que l'action d'arrêt est exercée par le microbe pyocyanique vivant.

M. Dastre poursuit ses recherches *sur la défibrination*

(1) Voir page 76.

totale du sang. Si l'on pratique à un animal des saignées successives avec réinjection du sang défibriné au préalable, on l'obtient absolument incoagulable spontanément. Il faut, pour amener sa coagulation, le mélanger de sérosité, d'ascite ou de liquide d'hydrocèle; en d'autres termes, lui fournir du fibrinogène. Au bout d'un certain temps, la fibrine réapparaît, et sa quantité dépasse de beaucoup celle qui existait dans le sang avant la défibrination. La réaction de l'organisme dépasse donc l'équilibre physiologique.

M. E. Berger fait deux communications. La première, sur les *associations médicamenteuses en thérapeutique oculaire.* Comme en thérapeutique générale, les médicaments associés se montrent plus actifs et moins toxiques ; de plus on peut ainsi contrebalancer les effets désagréables de certains produits. La seconde porte sur l'*action physiologique de la cocaïne* qui, portée sur la conjonctive, abolit d'abord la sensibilité tactile, et ensuite la sensibilité thermique.

M. Auché (de Bordeaux) envoie une note sur les *complications péritonéales de la variole.* Il cite un cas de péritonite purulente généralisée survenue chez une jeune fille, pendant la période de suppuration. Le pus contenait le streptocoque pyogène et le staphylocoque doré. Un second cas concerne une femme de trente-quatre ans qui présenta une pelvi-péritonite avec ovarite suppurée dues au streptocoque.

M. S. Artault a constaté dans un *œuf de poule l'existence du bacille pyocyanique*, et, dans un autre, l'existence de l'actinomycose. Ces bacilles ont sans doute été introduits dans la cavité digestive et de là dans l'oviducte par les aliments.

M. Lesbre adresse une note sur la *première prémolaire.* Cette dent, généralement considérée comme permanente chez plusieurs mammifères domestiques, ne l'est pas chez le cheval et le chien.

M. Liguières donne la *description de deux Acariens nouveaux ou peu connus*, parasites d'un insecte parasite du pommier. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 janvier 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

La correspondance comprend, en particulier :

1° Des lettres de MM. Magnan, A.-J. Martin, Napias, se portant candidats à la place laissée dans la section d'hygiène par le décès de M. Guéneau de Mussy ;

2° Des lettres de MM. Joffroy, Rendu, Straus, Troisier, se portant candidats à la place laissée dans la section de pathologie médicale par le décès de M. Vil'emin.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place d'associé national. M. Arloing (de Lyon) est présenté en première ligne; MM. Galtier (de Lyon) et Laulanier (de Toulouse) sont présentés *ex æquo* en deuxième ligne.

M. Laboulbène annonce la mort de M. le Pr Hardy. M. Hardy ayant été président de l'Académie, la séance est levée en signe de deuil. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 janvier. — Présidence de M. Fernet.

M. Barth présente les pièces anatomiques d'un *rétrécissement tricuspidien* provenant d'une jeune femme de 29 ans qui succomba après six semaines de maladie. Depuis son enfance, elle présentait des signes de cardiopathie ; mariée à 22 ans, elle était demeurée bien portante malgré une grossesse, quand dernièrement elle fut prise d'un rhumatisme subaigu qui dura à peu près trois mois, sans que les douleurs fussent assez violentes pour obliger la malade à garder le lit. A la suite survinrent de la dyspnée et de l'œdème. Elle entra dans le service de M. Lancereaux, qui diagnostiqua un rétrécissement uréthral. Au bout de quelques jours elle sortit, remise mais bientôt elle était reprise de sa dyspnée habituelle, puis de toux et de bronchite. C'est alors qu'elle entra à Broussais. Elle était pâle, avec une légère cyanose de la face et des membres inférieurs ; au cœur, souffle présystolique avec frémissement cataire, puis double souffle systolique et présystolique, pouls petit plutôt serré, pas de pouls veineux ; foie volumineux, pas d'ascite. La prédominance de la bronchite au sommet faisait penser à la tuberculose. Après une rémission momentanée, les symptômes pulmonaires s'exagérèrent, les bruits du cœur devinrent moins nets à cause d'un frottement péricardique qui donnait à penser à l'existence d'une péricardite tuberculeuse. La malade succomba à une broncho-pneumonie bilatérale avec foyers successifs. A l'autopsie, on trouve un rétrécissement tricuspidien très étroit, non soupçonné à cause d'un rétrécissement mitral au moins aussi étroit. Rétrécissement aortique avec insuffisance. Les valvules sigmoïdes sont adhérentes, redressées et la circulation n'est assurée que par un petit orifice de moins de 5 millimètres de diamètre. Le cœur est très diminué de volume. Si la malade n'avait pas eu de pneumonie elle n'aurait cependant peut-être pas succombé de sitôt. L'aorte était parfaitement souple, il n'y avait pas d'athérome, mais tous les orifices étaient rétrécis, l'orifice aortique insuffisant. La quantité de sang passant par ces orifices étant forcément très petite, l'hématose était insuffisante. D'où la santé toujours délicate de la malade. Mais les troubles circulatoires se trouvaient compensés les uns par les autres. Il serait intéressant de savoir si réellement chez cette malade les altérations du cœur étaient de date ancienne, car cela expliquerait l'innocuité des altérations postérieures.

M. Rendu est surtout très frappé de la forme du cœur, les deux ventricules sont réduits, les deux oreillettes dilatées, ce qui s'explique avec la genèse des lésions. Dans un cas de rétrécissement tricuspidien vu, la cyanose de la face avait conduit au diagnostic, même la malade n'étant pas très oppressée. Il est difficile de comprendre comment se fait l'équilibre de la circulation dans ces cas.

M. Barth croit que le fait paradoxal de la surcharge du poumon peut s'expliquer dans ce cas par l'existence du rétrécissement tricuspidien, qui rend la quantité de sang venant au poumon très petite, de même que la quantité passant dans les ventricules. Ces obstacles successifs équivalent à un rétrécissement général de la circulation et expliquent l'état languissant de la malade, l'insuffisance de sa nutrition. Dans la dernière période de sa vie, elle a présenté de la néphrite, mais pas de rein cardiaque ; c'était une néphrite épithéliale comme il s'en produit quand la nutrition est très abaissée.

M. Galliard. — *Rapports du choléra et de la fièvre typhoïde.* — On admet généralement que quand survient le choléra les fièvres typhoïdes augmentent de nombre et de gravité. Contrairement à l'opinion de Briquet, le choléra peut survenir dans la période d'état de la fièvre typhoïde et non dans le décours de cette dernière. Alors il arrive de deux choses l'une : le malade meurt ou le choléra évolue d'une façon parfaite, puis la fièvre typhoïde évolue à son tour. Griesinger avait déjà signalé ce fait et, dernièrement à Hambourg, Hadgen a montré que la fièvre typhoïde est interrompue dans sa marche par le choléra et qu'elle reprend ensuite son cours. 2 malades ont présenté cette coïncidence au bastion 36. Une femme qui avait présenté un exanthème cholérique non douteux fut prise au 20e jour de phénomènes nets de fièvre typhoïde. Chez l'autre les phénomènes cholériques sont seulement probables. Ces deux observations montrent donc que le choléra peut survenir dans le cours de la fièvre typhoïde à la période d'incubation. Alors les malades n'ont pas le temps de faire leur fièvre typhoïde, parce qu'il survient une infection plus grave qui entrave les manifestations de cette dernière ; puis, le choléra terminé, la fièvre typhoïde reparait. Le choléra peut donc arrêter l'évolution de la dothiénentérie. Si cette dernière survient pendant le décours du choléra elle a le caractère subintrant. En second lieu, dans quelle mesure la fièvre typhoïde antécédente peut-elle prédisposer au choléra ? Sur 173 cholériques 11 seulement avaient eu la fièvre typhoïde auparavant. L'âge variait de 20 à 62 ans. 10 l'avaient eue audessous de 15 ans, 8 au-dessus de 20 ans, 2 étaient survenues chez des hommes de 21 et 40 ans. Un homme emporté par le

choléra avait eu deux fois la fièvre typhoïde, fait exceptionnel, il eut le choléra cinq mois après la dernière. Chez un homme j'ai vu les 2 phases successives ; ce malade, amené au bastion 36, puis renvoyé à Bichat parce qu'il avait non le choléra mais une dothiénentérie, revenait, un mois après sa guérison, au bastion 36, avec le choléra qui eut une évolution bénigne. L'existence simultanée de la fièvre typhoïde et du choléra est donc possible, mais des 2 infections la seconde est prépondérante et la fièvre typhoïde ne reprend sa marche que quand le choléra a évolué.

M. Netter. — Il est certain que, dans les localités des environs de Paris où il y avait le choléra, les fièvres typhoïdes ont été très nombreuses ; à Sarcelles, par exemple, elles ont atteint le chiffre de 240 pour 10 000 habitants, tandis qu'à Hambourg le chiffre n'était que de 122 pour 10.000. M. Belloni, qui a soigné toutes les cholériques de Sarcelles, a eu 58 fièvres typhoïdes. Il était donc à même de constater la coïncidence des deux maladies. Or il n'en a pas rencontré un seul cas. A Argenteuil cette coïncidence n'a pas été non plus observée. Elle n'est donc pas fréquente.

M. Chantemesse. — Il y a deux parts à faire dans ce que vient de dire M. Galliard : les faits, leur interprétation. Sur les courbes les taches rosées sont marquées le 25e jour, le choléra guéri le 13e jour, elles sont donc survenues à leur époque normale. La fièvre typhoïde a commencé d'une façon bien nette après le choléra. On sait aujourd'hui qu'un certain nombre de maladies microbiennes favorisent l'infection par le bacille d'Eberth. Le choléra peut être de ces dernières. Il ne paraît pas que le choléra ait arrêté la fièvre typhoide dans son évolution, il a simplement prédisposé à la fièvre typhoide.

M. Rendu. — Il ressort de cette discussion que, pour la fièvre typhoïde de même que pour les fièvres éruptives, les agents infectieux peuvent se superposer, que plusieurs microbes peuvent pulluler dans l'organisme sans se gêner.

M. Comby. — En effet, différentes maladies éruptives peuvent coïncider mais ont-elles les unes sur les autres une action suspensive? Cela est arrivé pour une coïncidence de varicelle et rougeole; la varicelle fut suspendue puis évolua ensuite.

M. Gerin-Roze. — On ne peut tirer de conclusions sur deux faits, dont un douteux.

M. Galliard. — Ces faits n'ont été cités que pour amener d'autres recherches. Il leur manque malheureusement la constatation bactériologique qui eut pu éclairer la question.

M Comby lit une note sur l'*influence néfaste de l'érysipèle sur l'évolution de la phthisie pulmonaire.* Il s'agit d'un jeune homme entré pour une hémoptysie due à une tuberculose limitée du sommet droit. Pendant son séjour à l'hôpital il contracte de la veilleuse du service un érysipèle ambulant grave avec une température de 40°,6 pendant une huitaine de jours. Quand la défervescence survint, la tuberculose prit une marche rapide et inquiétante. Bientôt dyspnée, asphyxie et le malade succombe. La coïncidence de cette poussée aiguë avec l'érysipèle est frappante. A l'autopsie, petite caverne au sommet gauche et poussée granulique récente aux deux poumons, foie gras, 1,825 grammes, rate grosse, 325 grammes. Rien aux reins. En somme, chez les tuberculeux, l'érysipèle est grave.

M. Richardière a observé, chez 2 tuberculeux, l'érysipèle de la face sans que celui-ci ait paru influencer la marche de la tuberculose.

M. Catrain a eu également un tuberculeux atteint d'érysipèle, la tuberculose n'a pas semblé évoluer plus rapidement.

M. Legendre a observé chez les malades tuberculeux qu'il conservait après des érysipèles que la tuberculose marchait plus vite. Il considère l'érysipèle, dans ces circonstances, comme une circonstance aggravante.

M. Comby. — Les érysipèles cités par MM. Richardière et Catrain étaient peu graves. Celui dont il est question était au contraire une forme ambulante très grave, ce qui peut n'être pas indifférent.

M. Thibierge lit une note sur la *coïncidence d'arthrites rhumatismales aiguës* dans le cours de l'érysipèle. Les observations citées montrent que les arthrites étaient de nature rhumatismale puisqu'elles ont cédé au salicylate de soude. L'histoire des malades renfermait des antécédents de rhumatisme. Le mode de début est invariable, c'est dans le décours de l'érysipèle que les arthrites surviennent. Les symptômes sont ceux du rhumatisme subaigu généralisé, ordinairement de moyenne intensité.

L.-R. Régnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 janvier 1893. — Présidence de MM. Chauvel et Perier.

M. Larger (de Maisons-Lafitte) adresse une lettre sur l'*étiologie du tétanos.* Il réclame la priorité pour la question de l'épidimicité, la contagion, l'origine tellurique du tétanos. Il n'est pas l'inventeur de la théorie équine du tétanos.

Une discussion s'élève à ce propos. La lettre sera insérée au procès-verbal.

M. Chauvel, en descendant du fauteuil de la Présidence, prononce quelques paroles d'adieu.

M. Perier, président pour 1893, prononce, avec la bonté qui est un des traits distinctifs de cet excellent chirurgien, une charmante allocution de bienvenue. (Applaudissements.)

M. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 19 janvier. — Présidence de M. de Beauvais.

Discussion sur les qualités du lait propre à l'alimentation des enfants du premier âge.

M. Jolly. — Il a été avancé différentes opinions sur la différence des albuminoïdes qui entrent dans la composition des laits divers. On devrait tenir grand compte du temps pris par l'élaboration des matériaux du lait. Le lait de femme est consommé par l'enfant toutes les deux heures environ, le lait de vache, au contraire, est trait toutes les 12 heures. De là une grande différence dans l'état des albumines ; il faudrait faire intervenir ces conditions dans l'étude de la chimie du lait.

M Weber. — Cette question de la manière dont le lait est élaboré est secondaire, car elle n'est pas connue ; ce qui est réel c'est que, comme l'a montré M. Béchamp, les laits se divisent en *laits à caséine* et en *laits à albumine*; les laits de chèvre et de vache appartiennent au premier groupe, le lait de femme au second. La caséine, en présence d'acides, se coagule, c'est-à-dire se prend en masse; l'albumine ne coagule pas, elle *précipite* en légers flocons, en sorte que le lait de femme ne peut faire de fromage. C'est, on l'a admis, cette condition qui rend le lait de femme plus digestible. Or M. Vigier, dans un travail antérieur, a proposé de décaséiner le lait, c'est-à-dire de transformer la caséine en une albumine qui ne coagulerait plus. Ce serait là un perfectionnement.

M. Bardet. — Il s'agit de l'alimentation de l'enfance, or tous les procédés industriels m'inspirent une médiocre confiance. Une expérience séculaire démontre qu'à défaut d'allaitement maternel on peut faire avec avantage l'alimentation avec du lait de vache pris dans de bonnes et naturelles conditions. Aussi me paraît-il important de tâcher de perfectionner les moyens d'avoir du lait naturel, et ce n'est qu'à son défaut que je comprends l'usage des laits stérilisés ; quant au lait décaséiné, jusqu'à ce que l'on ait expérimenté longuement ses propriétés chimiques et alimentaires, je m'en défierai.

M. Delthil. — La meilleure condition de l'allaitement artificiel, c'est d'avoir du lait naturel en effet, or le lait le meilleur est toujours le lait de la campagne. Dans les villes, les vaches sont dans de mauvaises conditions de production ; aussi est-il dangereux de dire, comme on l'a avancé, qu'on a avantage à utiliser les laits des grandes villes. Le mieux serait de chercher à amener, dans de meilleures conditions, le lait des étables rurales ; ce lait, il serait toujours temps de le stériliser à domicile par l'ébullition, comme on l'a toujours fait, sans avoir besoin de recourir au lait stérilisé industriel qui souvent s'altère et n'offre pas plus de garantie qu'un autre. Il y aurait aussi à rechercher si l'on n'aurait pas avantage à diriger l'alimentation des vaches de manière à augmenter la richesse de leur lait en phosphates.

M. Saint-Yves-Ménard. — Tout le monde est d'accord

sur l'utilité qu'il y a à consommer le lait dès sa traite; donc les vacheries sont utiles. Il faut dire très haut que le lait des vacheries bien dirigées, et grâce à la surveillance administrative, c'est la majorité à Paris, est excellent et supérieur à bien des laits *ruraux*. Or un lait de campagne, une fois transporté, est fatalement altéré; aussi, pour l'allaitement artificiel de l'enfant, on ne saurait trop recommander le lait frais des bonnes vacheries et, à son défaut, préférer au lait transporté le lait stérilisé.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 25 *janvier* 1893. — PRÉSIDENCE DE M. HALLOPEAU.

M. BARDET présente des *tableaux météorologiques*, indiquant, au moyen de graphiques, les températures minima, maxima, les coefficients de variation de température, les moyennes des pluies et gelées pour chaque mois dans les stations de Nice, Arcachon, Brest, Val-André, Saint-Malo, Dunkerque et Paris. Ces graphiques intéressants, qui du reste ont été publiés dans un travail de M. Bardet(*Bulletin général de thérapeuthique*, 15 janvier 1893), démontrent que Brest est le point le plus favorisé des Côtes de France, la moyenne des minima n'atteignant pas moins de 3° et celle des maxima, plus de 20°. Donc, d'après l'auteur, Brest devrait être choisi pour la construction de sanatoria dont l'utilité n'est plus à démontrer et qui manque à peu près complètement en France.

M. JASIEWICK approuve M. Bardet; il fait remarquer toutefois que Nice est une station où le séjour des malades pourrait se prolonger jusqu'en mai sans inconvénient, ce qui permettrait à cette ville de remplir les conditions indispensables à un sanatorium hibernal.

M. CATILLON prétend aussi que le climat de la Bretagne, surtout des côtes du sud-ouest, offre le plus davantage.

M. BARDET, à cause de l'influence des vents et de la configuration géographique, donne ses préférences à la côte nord.

M. CONSTANTIN PAUL encourage M. Bardet dans ses recherches climatologiques. Il fait judicieusement remarquer que des conditions secondaires peuvent indiquer ou contre-indiquer une station pour certains malades. Il cite, à l'appui de sa thèse, le séjour à Berck, dont les bons résultats dans le traitement de la scrofule ne sont pas contestés, qui cependant a une action déplorable dans les affections oculaires scrofuleuses, à cause du sable fin des dunes, constamment soulevé par les vents. Pour lui, la cure à Nice produit de bons effets, surtout chez les goutteux, car elle leur permet de prendre, en hiver, l'exercice qui leur est indispensable. Il ne faut donc pas adapter une maladie à un climat, mais bien un climat à certaines maladies.

M. MAIN, au nom de M. LEMANSKY et au sien, lit une note sur l'*utilisation, en thérapeutique, de la voie rectale*. Certains médicaments s'absorbent plus rapidement par le rectum que par l'estomac. Exemple, le salicylate de soude qui, pris par la bouche, apparaît dans les urines au bout de 35 minutes, tandis qu'absorbé par voie rectale, il donne lieu à la réaction caractéristique dans les urines au bout de 25 minutes. Il est à remarquer que l'iodure de potassium, qui s'absorbe encore très rapidement par voie rectale, donne ainsi lieu à la dose de 1 gr., à des phénomènes douloureux. Le salol, vu l'alcalinité indispensable à sa decomposition et à son absorption, est plus lentement absorbé par le rectum. Le santal et la térébenthine ne sont pas absorbés du tout. J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 25 *janvier* 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LEVASSEUR.

M. CORNIL prend la parole au moment de céder le fauteuil de la présidence à M. Levasseur. Il insiste sur le rôle de la Société d'hygiène, qui a pour but la santé des villes, des états et des hommes : il passe en revue les différentes communications faites dans le courant de l'année : le chauffage des appartements, par M. Trélat; l'éclairage électrique, par M. Gariel; la propreté corporelle des élèves dans les établissements scolaires en Angleterre, par M. Douglas Hogg; bains et natation dans les écoles de Paris, par M. Mangenot; l'hygiène dans les stations sanitaires, par M. Boulaumié; épidémies du Sénégal et hygiène de ce pays, par M. Treille; statistique sur les armées de terre et de mer, par M. Lagneau; la désinfection à Paris, par M. A.-J. Martin; enquête sur l'hygiène des villes de France, par M. Bechmann; les enfants des nourrices sur lieux, par M. Ledé; projet de loi sur les habitations ouvrières, par M. Cheysson; nomenclature des établissements classés, par M. Drouineau; conditions de l'hygiène hospitalière en France, par M. Napias; renseignements sur le même sujet, par M. Bourneville; les tuberculeux dans les hôpitaux de Paris par M. Letulle.

M. LEVASSEUR est invité à prendre place au bureau ainsi quo MM. Carnot et Cheysson. M. Levasseur montre l'importance de la statistique dans les études sur l'hygiène et les relations qui unissent ces deux sciences.

M. MAMY. *Les lunettes d'atelier*. (Résultat d'un concours ouvert par la *Société parisienne contre les accidents*).— Dans un grand nombre d'industries les ouvriers, exposés à recevoir des débris métalliques ou autres dans les yeux, ou à travailler en face d'une chaleur trop vive, sont obligés de porter des lunettes. Le difficile est de trouver des lunettes faciles à porter et ne produisant pas l'échauffement des yeux : le meilleur type est celui de Simmelbauer, qui permet la circulation libre autour des yeux et qui ne fatigue pas la vue.

M. CHEYSSON demande quelques éclaircissements sur ces lunettes, si utiles aux cantonniers.

M. LETULLE prend la parole au nom de M. BRUNON (de Rouen) sur le *cancer en Normandie*. MARTHA.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE.

Séance de Janvier 1893. — PRÉSIDENCE DE M. GORECKI.

M. DESPAGNET, secrétaire général, donne lecture du compte-rendu des travaux de l'année.

Infection d'une plaie cornéenne. Guérison par l'occlusion de la plaie à l'aide d'un lambeau conjonctival.

M. MEYER.— Un de mes confrères m'adressait le malade que je vous présente après une opération de cataracte : l'œil à ce moment présentait une violente irido-choroïdite suppurée. Je pensais tout d'abord à l'énucléation. Cependant, auparavant, je voulais tenter la conservation de l'organe, je fis l'application du procédé que j'ai indiqué au Congrès; j'avançai la conjonctive afin de recouvrir la plaie L'amélioration fut presque immédiate, et, au bout de 15 jours, le malade pouvait être considéré comme guéri ; il lit aujourd'hui les gros caractères.

M. VALUDE. — Ce que vient de nous dire M. Meyer confirme ce que j'ai avancé dans les ulcères cornéens : le pansement occlusif s'impose.

M. GALEZOWSKI. — J'ai eu à une clinique un cas analogue; j'ai vidé le pus de la chambre antérieure et excisé l iris hernié, puis je suturai la plaie avec du catgut. L'amélioration fut immédiate et le malade a aujourd'hui une bonne acuité. L'indication dans ces cas est donc de fermer la plaie.

M. SULZER. — J'ai obtenu un bon résultat dans un cas semblable par un traitement différent. A la suite d'une opération de cataracte, chez un jeune homme de 19 ans, je constatai une augmentation de tension, je fis une incision cornéenne qui n'eut qu'un médiocre résultat. Après six semaines apparut en dedans et en bas une infiltration sous-conjonctivale qui ressemblait à une grande phlyctène périkératique, le même jour les masses corticales présentent une infiltration jaunâtre, l'iris était décoloré. Je fis alors quatre injections sous-conjonctivales de sublimé qui arrêtèrent l'inflammation et le mieux continua; il ne reste qu'une cataracte secondaire épaisse avec tension légèrement diminuée.

M. PARENT. — J'ai obtenu de bons résultats en instillant simplement le collyre au sublimé de Scarpa.

M. DARIER. — Toutes les suppurations qui suivent l'opération de la cataracte doivent être traitées par les injections sous-conjonctivales de sublimé. Le collyre de Scarpa est bon, mais moins efficace. Je conseille à M. Sulzer de continuer les injections chez le malade dont il nous a parlé; par ce moyen peut-être verra-t-il le tonus se relever.

Processus infectieux de l'œil.

M. Valude. — Un individu, âgé de 23 ans, se présenta à ma consultation pour demander des verres. Il avait eu, à 10 ans, une cataracte traumatique qui s'était terminée par résorption du cristallin. L'œil était en parfait état. Il ne restait qu'un tout petit filament allant du bord pupillaire à la cicatrice de la petite plaie cornéenne. Je lui proposai de l'en débarrasser. Je fis une ponction avec une lance, qui amena l'issue d'une petite gouttelette de vitreum. Quarante-huit heures après apparaissaient tous les symptômes d'une panophtalmie. Je vidai le pus de la chambre antérieure et cautérisai la plaie. Je recommençai de même le lendemain, et en quelques jours tout s'améliora. Le côté intéressant de ce cas, c'est que le pus, examiné par M. Dubief, ne contenait exclusivement qu'un seul microbe, le staphylococcus albus. Or, on sait que ce microbe, beaucoup moins dangereux que le staphylococcus aureus et que le streptocoque, ne donne pas lieu ordinairement à des suppurations extensives.

M. Vignes. — J'ai fait faire des recherches au laboratoire du Collège de France sur le même sujet; j'ai obtenu des résultats déplorables causés par le staphylococcus albus.

Intoxication mercurielle aiguë.

M. Darier. — Quelques auteurs ont vanté dans ces derniers temps les doses massives (0,05 centigr.) de sublimé en injections hypodermiques. Je me permets de venir apporter ici quelques faits qui montrent à quels graves accidents cette thérapeutique pourrait exposer les médecins qui l'appliqueraient sur la foi de ces auteurs. Des cas mortels ont été relatés à la suite d'injections de doses massives de sels mercuriels insolubles. Je ne connais pas encore de cas de mort par les injections de sels solubles. Avec M. Abadie, nous avons pratiqué un nombre considérable d'injections de peptonate, de bichlorure et de cyanure de mercure. Souvent, après quelques piqûres, surtout chez des goutteux, il nous était arrivé de voir survenir des coliques et de la diarrhée, mais les accidents se bornaient là. Or, ayant voulu ces derniers temps augmenter progressivement les doses que nous injections, nous avons provoqué assez souvent des symptômes d'intoxication. Le cyanure, vanté par M. Chibret, présente de réels avantages s'il n'est administré qu'à la dose de 0 gr 005 milligr.; mais, quoi qu'on ait dit, il est prudent de ne pas en injecter un centigramme d'emblée. On s'exposerait à de graves accidents, ainsi que le démontrent deux cas que je viens d'observer, et un troisième cas observé par un confrère. Après avoir hâté la tolérance du patient, on peut élever progressivement la dose, pour un individu de force moyenne, jusqu'à un centigr. tous les deux jours. Les résultats obtenus avec ces doses sont peut-être plus rapides que ceux obtenus avec les mêmes doses de sublimé.

M. Parent. — Il y a quinze ans, bien avant M. Chibret, que nous avons vu faire chez M. Galezowski des milliers d'injections de cyanure, nous n'avons jamais eu d'accidents.

M. Despagnet. — Les accidents qu'accuse M. Darier sont dus aux doses trop élevées qu'il a employées au début.

M. Sulzer. — Il y a dans ces accidents une part à réserver aux idiosyncrasies; j'ai vu des accidents se produire avec 10 milligr. de calomel.

M. Meyer. — Un chirurgien de Vienne vient de communiquer à la Société des médecins de cette ville son propre cas qui confirme ce que vient de nous dire M. Sulzer. Il souffrait de troubles digestifs graves, qu'aucun traitement n'avait pu guérir, lorsqu'il eut l'idée d'incriminer les lotions de sublimé dont il usait pour l'asepsie de ses mains. Il cessa ses lotions et tous les accidents dont il souffrait disparurent rapidement.

Kœnig.

Société médico-psychologique. — Ordre du jour de la séance du 30 janvier (rue de l'Abbaye, 3) : 1° Installation du Bureau. 2° Rapport de la Commission des finances : M. Mitivié. 3° Nomination des Commissions de prix. 4° Rapport de candidature : M. Briand. 5° Des variétés cliniques du délire de persécution.

Hôpitaux de Saint-Étienne. — M. le docteur Montagnon est nommé médecin des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Pathologie externe; par A. Ricard et H. Bousquet (de Clermont-Ferrand). — 3 vol., 1893. O. Doin, éditeur, Paris.

Le réimpression du Traité de Pathologie externe de MM. Poulet et H. Bousquet, par MM. Bousquet et Ricard, vient-elle à son heure? C'est un point discutable, mais qui ne mérite vraiment pas de l'être... Cette réimpression est chose achevée, voilà le fait; et, à tout compter, il faut s'en réjouir. Nous avions jusqu'ici des traités du même genre en 8 volumes (*Traité de Chirurgie*), en 7 volumes (Follin et Duplay), en 6 ou 5 volumes (*Traité* de Nélaton), en 4 volumes (*Manuel* des agrégés), etc., sans compter ceux dus à des chirurgiens de province (Gross, Bouchard, etc.). Le nouveau prend place très dignement entre les manuels et les ouvrages didactiques de longue haleine. La première édition, venant au moment propice, avait été un succès; souhaitons que la seconde suive des traces aussi brillantes. Mais n'oublions pas que, depuis 1885, il y a eu du chemin de fait.

De ces trois gros volumes, le tome I est consacré à la pathologie chirurgicale générale et aux maladies des tissus. On trouvera en tête une liste chronologique des principaux chirurgiens... officiels, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Ces quelques pages sont intéressantes à consulter. Les étudiants feront bien de les parcourir. Le Passé a du bon. Il y a d'ailleurs quelques noms à ne pas oublier dans cette longue énumération. Il nous semble qu'il aurait été aussi très instructif de dresser parallèlement un tableau résumant les dates des principales découvertes chirurgicales jusqu'au XIXe siècle tout au moins, sans pour cela arriver à cette fin de siècle, qui pourrait pourtant mériter à juste titre le nom de siècle de la chirurgie.

Tout ce qui a trait aux affections générales n'est certes pas d'une lecture très attrayante; mais les chapitres paraissent au courant et très nourris de faits. Le lecteur n'a pas le droit, dans un ouvrage de ce genre, d'être plus exigeant. De ci de là il y a bien encore quelques... répétitions des vieux classiques; mais la mesure n'est pas dépassée, et franchement il ne faut faire un crime à personne de n'avoir pas le tempérament d'un révolutionnaire.

A signaler plus particulièrement des chapitres intéressants : les plaies par armes à feu en général et pour chaque région en particulier.

Le 2e volume traite de la pathologie des régions: tête, cou, poitrine, abdomen. Il renferme 231 figures. Le 3e, réservé aux affections des organes génito-urinaires et des membres, en possède 343. Ces dernières sont un peu anciennes et n'ont pas le cachet artistique des dessins des grandes publications chirurgicales récentes; mais on conçoit très bien que, pour un traité didactique, on songe à utiliser de vieux clichés qui ont toujours leur intérêt.

Nous regrettons seulement qu'on n'y ait pas ajouté quelques figures nouvelles, quelques reproductions de photographies de malades, par exemple. Comme l'ont répété tous ceux qui se sont occupés de photographie médicale, ce mode d'illustration est tout aussi bien placé dans un traité de pathologie que dans un volume de leçons cliniques. L'élève ne comprendra et ne retiendra bien la description de la symptomatologie d'une affection que s'il a un malade sous les yeux. Aussi tous ceux qui cherchent à perfectionner l'art de la reproduction de la photographie par la typographie doivent-ils mériter tous les encouragements du haut personnel enseignant.

Comme d'habitude, on a cru devoir laisser dans cette réédition toute l'ophtalmologie, etc. Nous persistons à croire qu'il vaudrait mieux ne pas procéder ainsi et imiter ce que Kœnig a fait pour son Traité de chirurgie.

En résumé, cette nouvelle édition représente un colossal travail de révision et nous ne devons pas ménager nos éloges à des auteurs dont la compétence et la conscience sont bien connues.

Marcel Baudouin.

Distinction honorifique. — M. le Dr Philbert vient d'être nommé Commandeur de l'ordre du Christ de Portugal.

VARIA

Hôpitaux de Paris.

Concours de l'Externat.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite :

1. Cunéo, Ombredaine, Herbet, Bickert, Pédeprade, Chabry, Seringe, Gandy, Brin, Irimescu.

11. Pauly, Bernard (Léon), Monsseaux, Sauvage (Camille), Tournemelle, Bardury, Tisso (André), Cestan, Nobécourt, Rosal.

21. Deguy, Claisse, Cerf, Ferrand (Jean), Fournier (Edmond), Guéry, Riuréan, Bramel de Clépule, Imbert, Péronnet.

31. Guilbaud, Lardennois, Audiau, Blandain, Frivet, Zamfiresco, Bellin, Chevrey, Clerc (Antonin), Colin (Gabriel).

41. Lacambre, Lambard, Mesnil, Nanu, Barnsby, Boumy, Bureau, Cannet, Cavalié, Comar.

51. Mme Eliacheff, Guibert-Lassalles, Leven, Rist, Vaquer-Bestard, Veillard, Wesberge, Liégeard, Lefèvre (Gaston), Thoyer.

61. Duclos, Le Fur, Weil (Emile), Mlle Bouet, Debienne, Dupuy (Emile), Jaulin, Lorrain, Raoux, Renault.

71. Babon, Eleutérescu, Leroy des Barres, Mlle Podobedoff, Pouquet, Robillard, Tallandier, Proust, Bouvard, Galca.

81. Bonnus, Bossan, Delestre, Giusez, Lecoq, Pératé, Thoizon, Walbaum, Wéber, Aldhuy.

91. Brosset, Cadol, Mlle Kédroff, Théohari, Tissier (Henri), Vignandon, Escat (Jean), Hauser (Achille), Minet, Kiffé.

101. Brinon, Grognot, Guillot (Hippolyte), Masbrenier, Petit, Pompéani, Andréau, Escat (Etienne), Jacomet, Mendelson.

111. Sauvage (Raymond), Soulier, Turot, Couvreur (Emile), de Font-Réaulx, Descazals, Duviard, Guillarmain, Keim, Monod.

121 Siron, Lanoix, Puech-Legoyt, Thiénot, Tronchaud, Bossu, Ménier, Choppin, Cohan, d'Herbicourt.

131. Herrenschmidt, Kuborn, Levillain (Henry), Corby, Guilmard (Alfred), Jalaguier, Lafont, Pasquier, Thirard, Trujillo.

141. Unganer, Bacaloglu, Marçais, Morély, Zeimet, Chaillous, Debray, Kourilsky, Fournié (Jacques), Chéron.

151. D'Arbois de Jubainville, Mlle Marein, Mlle Schultz, Chevallier, Lenglet, Coursier, Schweisguth, Veuillot, Mlle Corodianu, Fancy.

161. Malartic, Marotte, Montalescot, Ovize, Wahl, Bécart, Choyau, Couillaud, Ducamp d'Orzas, Lucas.

171. Grosjean, Peaudecerf, Nicaise, Mlle Chrzanowska, Arnal, Brun, Canu, Guilleminot, Martinet, Neveu.

181 Ancelet, Emmerich, Ganault, Guessarian, Hauviller, Jay, Rochebois, Roglet, Chauveau, Boyon.

191. Janot, Pierrot, Schachmann, Tissier (Paul), Fernique, Leroy (Paul), Milian, Berthelin, Lacroix (Pierre), Nicoloff.

201. Garoflid, Rousseau, Bernard (Arthur), Grisel, Le Lionnais, Nollet, Ségall, Bertherand (Lucien), Bourg, Caracotchian.

211. Ecart, Julien (Camille), Mulon, Picard (Henri), Bluysen, Boutin, Dauriac, Joguet, Bochon, Juillot (Maurice).

221. Marcille, Métivier, Richelot, Lejonne, Pasquet (Victor), Chalochet, Hallet, Baranger, Bürmann, Cros.

231. Forestier, Baudrand, Bertrand (Gabriel), Bluzat, Lanos, Marcotte, Cels, Guillemot (Albert), Herscher, Bouquet.

241. Ehrmann, Clément, Bellot, Arago, Faure, Langlois, Mlle Myzynska, Patricopoulos, Abdullahian, Desbordes.

251. Garin, Laroche, Dardonnat, Bron, Cahuzac, Labbé, Legay, Mercier, Mlle Broido, Siems.

261. Soukernik, Sibut, Rousseau (Paul), Villeneuve, Boricaud, Brusset, Delmond-Bibet, Retournard, Grenet, Minelle.

271. Planchon, Dally, Le Maguet, Cauchemez, Plésoianu, Cochemé (H.), Got, Spindler (H.), Glindziez, Mlle Lapre.

281. Bourdier, Farabeuf, Marchais, Chéloldaeff, Elias, Hernette (Louis), Quentin, Archambault, Bruchon, Devié.

291. Dulac, Grasset, Kottenberg, Boulle (Félix), Dézon, Lévy (Armand), Vlantassopoulo, Dupouy (Marcel), Bonté, Thielmans.

301. Roullier, Degrenne, Boyer, Rochory, Mlle Bromberg, Devoir, Dujon, Néret, Bernard (Armand), Fsorman.

311. Bucquet, Etable, Carcy, Loubel, Tsakiris, Viollet, Dézanneau, Fortunet, Guibé, Salvy.

321. Lefèvre (Charles), Magne (Joseph).

Inauguration de l'Hôpital International.

Samedi dernier, au milieu d'une grande affluence de docteurs et d'étudiants, M. Péan a inauguré l'*Hôpital International* qu'il vient de faire ériger, rue de la Santé, 11. Dans un discours fréquemment applaudi, M. Péan a démontré tout d'abord qu'un chirurgien devait être à la fois doublé d'un hygiéniste et d'un organisateur. Deux raisons, a-t-il ajouté, l'ont décidé à construire cet hôpital : être utile aux médecins et aux malades et augmenter le nombre des hôpitaux qui sont, malgré les efforts du Conseil municipal et de l'Assistance publique, encore en nombre insuffisant quand il s'agit de soigner certaines catégories de malades : les provinciaux et les étrangers.

Aujourd'hui, il faut laisser de côté les anciens modèles d'hôpitaux avec leurs façades monumentales et leurs salles disposées à contenir un grand nombre de lits : mieux vaut désinfecter et laver les vêtements du blessé qui, lui-même, doit être soumis à l'antisepsie la plus rigoureuse. La salle d'opérations est construite d'après les plans les plus modernes : la lumière y entre de tous côtés; si besoin est, la lumière électrique est à portée de la main de l'opérateur. L'eau, soit froide, soit chaude (celle-ci toujours à 80 degrés) y arrive filtrée et stérilisée. Enfin toutes les salles, de même que la salle d'opérations sont construites de façon à être lavées; tous les angles sont arrondis, elles sont carrelées, ce qui en rend le nettoyage facile.

Une machine à vapeur active une laverie et fait manœuvrer l'étuve dans laquelle les objets provenant du dehors et les pièces de pansement sont stérilisés en même temps qu'elle meut une dynamo pour l'éclairage électrique et pour les galvano-cautères.

Le chauffage serait obtenu grâce à des appareils de récente invention, permettant d'avoir dans toutes les pièces une température constante de 18 degrés. Nous avons le regret de dire que les calorifères sont des calorifères à air chaud du système Robin. Nous avons cherché en vain le système de purification de l'air au moyen de tissus d'amiante ou de toile, humectés par un mince filet d'eau, comme nous l'a annoncé le Dr Péan. Dans les deux calorifères du bâtiment sur le devant, rien ne paraît disposé pour celà, dans les deux autres calorifères, l'appareil était absent, au reste nous devons le dire, au début de la leçon de M. Péan, l'amphithéâtre était loin d'atteindre la température de 18 degrés et l'air ne contenait nullement de la vapeur d'eau, comme nous nous en sommes assuré par la visite des sous-sols.

Ajoutons que dans les salles destinées à cette Policlinique, l'architecte ne s'est probablement pas rendu compte de ce qu'était une consultation, car nous avons tous été frappé de voir les salles d'attente séparées des salles de consultations par de simples verres non dépolis : nous pensons que ces verres sont placés d'une façon provisoire. Nous avons été frappé aussi du système d'enlèvement des eaux qui nous paraît avoir été oublié, si nous en jugeons par la pose d'une colonne de fonte qui traverse une salle d'opérations. Nous reviendrons du reste sur ce sujet, quand l'hôpital et la Policlinique seront en plein fonctionnement.

L'hôpital est destiné à recevoir les malades pauvres qui y seront admis et traités comme dans les hôpitaux de l'Assistance publique ; c'est dire que l'hôpital est gratuit. On y recevra les enfants, les adultes et les vieillards, qu'ils habitent Paris, la province ou l'étranger.

A cet hôpital, le Dr Péan a eu l'heureuse idée de joindre une Policlinique, dans laquelle un certain nombre de jeunes médecins spécialistes déjà connus donneront leurs soins aux malades en même temps qu'ils feront les cours pratiques aux élèves. Nous devons féliciter ces confrères qui, malgré les lourdes charges imposées par la location de cet immeuble et par les frais généraux que comporte une pareille installation, d'avoir eu à honneur de participer à une telle œuvre.

En résumé, le Dr Péan a fait acte d'initiative et donné un exemple qui, espérons-le, aura des imitateurs.

Publications du PROGRÈS MÉDICAL

BAUDOUIN (M.). — L'Asepsie et l'Antisepsie à l'hôpital Bichat; avec une préface de M. le Dr Terrier Volume in-8 de 220 p., avec 10 fig. et 4 photogravures hors texte. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

BATEMAN. — La surdité et la cécité verbale. Brochure in-8 de 18 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 .

BARATOUX ET DUBOUSQUET-LABORDERIE. — Greffe animale avec de la peau de grenouille dans les pertes de substance cutanée et muqueuse. Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . 35 c

BARATOUX. — Du cancer du larynx. Brochure in-8 de 59 pages, avec deux tableaux.—Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

OCCASION EXCEPTIONNELLE

LA COLLECTION DES ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

Paraissant tous les deux mois sous la direction de J.-M. CHARCOT

Se compose aujourd'hui de 22 volumes in-8° carré (1880-1892) dont le prix est de 244 fr. — Pour permettre A NOS ABONNÉS et à *nos lecteurs* d'acquérir cette collection, qui contient les principaux travaux neurologiques publiés depuis 1880, nous avons réduit le prix à **120** francs.

Bureaux du PROGRÈS MEDICAL.

Incident à la Société médicale des hôpitaux.

Le vendredi 13 janvier, cette Société, après avoir levé sa séance en signe de deuil, en raison de la mort de son ancien président, M. le Dr Desnos, a tenu un comité secret, dans lequel on a entendu la notification d'une décision de l'Administration de l'Assistance publique créant une *consultation de laryngologie*, à l'hôpital Beaujon, en faveur de M. le Dr Lermoyez. Une motion de M. Delpeuch proposait de passer outre, cette consultation étant annexée à un service chirurgical et la Société médicale des hôpitaux n'ayant pas à intervenir dans les questions de chirurgie. Cette motion n'a pas été adoptée.

On a voté celle de M. Gaucher et la Société a déclaré que si des consultations de spécialistes étaient instituées dans les hôpitaux, celles-ci devraient, d'après l'usage et les règlements, avoir pour titulaires des médecins des hôpitaux ou bien du Bureau central, qui seraient désignés d'après un roulement déterminé par l'ancienneté. Nos renseignements nous permettent d'affirmer l'exactitude de cette décision du comité « dit secret. » (*Revue de Clin. et de Thérap.*)

Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française.

Ce Congrès se réunira, nous le répétons, à La Rochelle, du 1er au 6 août. Discussions : 1° Des auto-intoxications dans les maladies mentales (Rapporteurs : MM. Régis et Chevalier Lavaure) ; 2° Des faux témoignages des aliénés devant la justice (Rapporteur : M. Cullerre) ; 3° Des Sociétés de patronage des aliénés (Rapporteur : M. Giraud). Les adhésions et les cotisations (20 francs) doivent être adressées à M. H. Mabille, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond (La Rochelle).

Service de santé militaire.

Le paquet individuel de pansement.

Une des innovations du service de santé de l'armée consiste dans l'adoption du *paquet individuel de pansement,* destiné, en cas de blessure, aux premiers soins à donner par les médecins. Dans les prévisions primitives, ce paquet devait être placé dans le sac ; mais, en plus d'une circonstance, l'homme n'aura pas le sac sur le dos : en reconnaissance, pour les assauts, on peut être amené à débarrasser le troupier de son fardeau. En outre, il est toujours assez long de défaire le paquetage. On vient donc de décider que chaque homme, officier ou soldat, porterait le paquet de pansement dans une poche intérieure. Les troupes vêtues de la capote recevront, à cet effet, une poche spéciale ; celles qui ont le dolman, la veste ou la vareuse-dolman (alpins) mettront le paquet dans une poche déjà existante. Enfin les zouaves, tirailleurs indigènes et spahis recevront une poche à l'intérieur de leur veste. De la sorte, les médecins et les infirmiers trouveront immédiatement sur le blessé les objets nécessaires à un premier pansement.

Dispensaire du Xe Arrondissement de Paris.

L'inauguration du Dispensaire gratuit pour les enfants malades et nécessiteux du Xe Arrondissement a eu lieu cette semaine. Sur l'estrade d'honneur on remarquait MM. Poubelle, préfet de la Seine, Peyron, directeur de l'Assistance publique, Buisson, directeur de l'enseignement primaire, et les conseillers municipaux Chauvière, Dr Deschamps, Hattat, Thuillier et Georges Villain. Au cours de la cérémonie, MM. Bonnet, maire du Xe Arrondissement, Poubelle et Buisson ont pris la parole pour expliquer le but de cet établissement. L'idée du dispensaire, dont la création a coûté 2,000 francs environ, est due à l'initiative des comités républicains que président, dans le quartier de la Porte-Saint-Martin, MM. Métier et Suberbie. M. Thuillier, conseiller municipal du quartier, a, de son côté, très largement contribué à la fondation de cette institution. Des subventions annuelles de 5,000 francs et de 1,000 francs sont accordées à cette œuvre par le Conseil municipal et par la Caisse des écoles. En outre, elle sera entretenue par la générosité des membres qui composent la Société du Dispensaire et dont le nombre s'élève jusqu'ici à 139. Elle est créée, on le devine, en vue de venir en aide, selon la définition du Dr Dubrisay, aux enfants malades et nécessiteux, par des consultations, des pansements, douches, etc., opérées sous la direction de trois docteurs, un médecin oculiste et deux médecins-dentistes. Les locaux aménagés à cet effet dans l'ancienne Maison de Secours, 14, rue du Terrage, permettront de réaliser suffisamment ce programme de bienfaisance au profit de la population essentiellement ouvrière du Xe Arrondissement.

La fièvre aphteuse en France.

M. le Dr Viger, ministre de l'agriculture, a expliqué à la Chambre des Députés, dans une récente séance, que, depuis quelques années, la fièvre aphteuse règne à l'état endémique en France. Plus de 400 étables étaient infectées en 1888. En 1891, ce nombre était descendu à 242. La maladie n'est pas due uniquement, comme on l'a prétendu, à l'importation des animaux de Belgique ou d'Allemagne. On fait tout le possible pour enrayer la propagation de l'épidémie. La loi sur la police des animaux est appliquée sévèrement ; les précautions les plus minutieuses sont prises au sanatorium de la Villette. Il paraît d'ailleurs possible de recevoir les arrivages étrangers directement à la gare destinataire et de renvoyer les wagons vides de manière que le bétail étranger ne voyage pas dans les wagons français. Sur une question de M. Plichon, relative à l'introduction de la fièvre aphteuse en France qui, a-t-il dit, est favorisée par les trop grandes facilités données à l'importation, M. le Ministre de l'Agriculture a répondu que l'administration a cédé aux réclamations de certaines villes dont les marchés étaient déserts. Des instructions nouvelles vont être envoyées à la frontière.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 30. — Dissection : MM. Tillaux, Poirier Sébileau. — 1re *de Doctorat* : MM. Baillon, Fauconnier, Weiss. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : Ch. Richet, Retterer, André. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Marie, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clin. Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

MARDI 31. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Debove, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Le Fort, Quénu, Brun. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Charrin, Ménétrier.

MERCREDI 1er. — 2e définitif d'Officiat : MM. Marchand, Joffroy, Netter. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Delbet, Lejars.

JEUDI 2. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Schwartz, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Heim.

VENDREDI 3. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : Tillaux, Ricard, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) Chirurgie. Charité : MM. Marchand, Jalaguier, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Potain, Brissaud, Gaucher.

SAMEDI 4. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Peter, Ménétrier, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Nelaton, Brun. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Ballet, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 1er. — M. Nageotte. Tabes et paralysie générale. — M. Souplet. Du rôle possible de l'infection en chorée. Essai de pathogénie. — M. Triboulet. La blennhorragie, maladie générale. — M. Brandstetter. Des ruptures de la rate. — M. Ramon. Hystérectomie abdomino-vaginale dans les gros fibromes utérins.

JEUDI 2. — M. Redoute. Sur le traitement du mucocèle et de la dacryocistite par le raclage du sac. — M. Sorel. Contribution à l'étude de la suture totale du col de la vessie. — M. Derrien. Etude historique et critique sur le traitement du myxœdème par les injections de liquide thyroïdien. — M. Peytavy. Tumeurs cérébrales. — M. Bussière. Etat du rein dans le diabète sucré.

NÉCROLOGIE.

M. le Pr Alfred HARDY (de Paris).

M. le Pr HARDY a succombé, lundi dernier, à une pneumonie. C'est avec un profond regret que, comme nous, nos lecteurs apprendront cette nouvelle.

Philippe-Alfred HARDY est né à Paris en 1811. Il fut reçu interne au concours de 1832, passa sa thèse en 1834 (1), remplit les fonctions de chef de clinique de la Faculté à l'hôpital de la Charité, et fut nommé médecin du Bureau central en 1841. Il concourut une première fois pour l'agrégation en 1844, mais ne fut nommé agrégé qu'en 1851. La même année il quitta Lourcine, où il était depuis 1846, pour l'hôpital Saint-Louis. En 1867, il fut nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine et opta, en 1876, pour la chaire de clinique médicale à la Charité qu'il quitta en 1886, atteint par la limite d'âge.

Hardy, ainsi qu'il le rappelle dans la préface de son *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau*, sa dernière œuvre (1886), a été pendant 22 ans médecin de l'hôpital Saint-Louis. Pendant 20 ans, il s'est consacré à l'enseignement de la dermatologie, d'abord comme professeur libre, puis comme professeur complémentaire chargé officiellement du cours clinique sur les maladies de la peau. Il était considéré avec raison comme l'un des maîtres les plus

(1) *De l'emploi des caustiques dans le traitement des affections du col de l'utérus.*

éminents de l'Ecole dermatologique française. Aussi n'a-t-on fait que lui rendre justice lorsque, en septembre dernier, au Congrès international de Dermatologie, qui se tenait à Vienne, on l'a élu par acclamation président d'honneur. Ses cours étaient assidûment suivis et ils le méritaient. En effet, son enseignement, qui se faisait dans une de ses salles, était clair, précis, méthodique, sans phraséologie inutile. C'étaient les malades eux-mêmes qui servaient de base à son enseignement. Toujours chaque cas était discuté avec soin, le diagnostic nettement posé et le traitement prescrit après une discussion minutieuse des indications. Ainsi que le rappelle M. Ch. Eloy, dans son article nécrologique, Hardy était un véritable *enseigneur*. Alors qu'il était professeur de pathologie interne, il continua encore, pendant plusieurs années, son cours libre de dermatologie.



M. le Pr Hardy (de Paris).

Les qualités dont il avait fait preuve durant son long enseignement libre, il les porta, perfectionnées, dans son cours de clinique médicale qui, jusqu'au dernier jour, eut de nombreux auditeurs. Jusqu'au dernier jour aussi, Hardy s'acquitta de ses devoirs de professeur avec une rigoureuse exactitude, mérite, hélas! qui devient aujourd'hui de plus en plus rare.

A l'Académie de médecine dont il fut président, Hardy a pris part à un grand nombre de discussions.

Si, comme praticien, comme professeur, Alfred Hardy a droit à tous les éloges, il n'en est plus tout à fait de même quand il s'agit de son rôle dans les questions que nous appellerons médico-administratives. Là, presque toujours, il se montra ultra-conservateur et opposa, le plus souvent, une résistance opiniâtre à toutes les réformes sérieuses.

Voici la liste de ses principaux ouvrages qui montrent combien sa vie fut laborieuse.

Traité élémentaire de pathologie interne (avec Béhier); 1re édition de 1844 à 1855; 3e édition, 1877; — *Leçons sur les maladies de la peau*, 2 vol., 1858-1859; — *Leçons sur les maladies dartreuses*, 1862; 3e édition en 1868; — *Leçons sur la scrofule*, 1864; — *Clinique photographique des maladies de la peau* (avec Montméja), 1867; — Plusieurs articles du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*: Acné, aloès, alopécie, bulles, cheveux, chromhydrose, érythème, éphélides, ecthyma, eczéma, desquamation, croton tiglium dartres, énidosis, gale, herpès, ichthyose, impétigo, lentigo, lichen, macules, molluscum, papules, peau, pelade, pemphigus, pityriasis, psoriasis, purpura, pustules, rupia, squame, strophulus tricoma, urticaire, urtications, etc. — *Traité des maladies de la peau* — *Quelques modifications à introduire dans l'enseignement méd. officiel* 1875, etc. B.

FORMULES

V. — Injection contre la vaginite.

(Menière.)

Glycérine	} àa	150 gr.
Eau de goudron		
Sulfate de zinc		12 gr.
— de cuivre		3 gr.
Alun		6 gr.
Chlorure de sodium		4 gr.
Essence de Wintergreen		XX gtt.

(*Journal de Paris*).

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Seringue stérilisable;

par M. le professeur Debove.

Le corps de cette seringue (1) est formé d'un tube en cristal gradué en centimètres cubes et exactement calibré intérieurement. Le piston est constitué par des rondelles d'amiante comprises entre deux plaques métalliques. Le bouton B sert à faire varier la

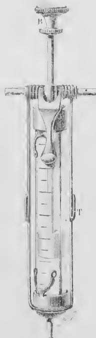


Fig. 11. — Seringue montée.

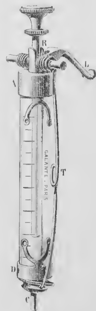


Fig. 12. — Seringue représentée, l'armature détendue.

compression de ces rondelles de manière à régler le contact qu'il convient d'établir entre le piston et le corps de la seringue.

Deux douilles métalliques mobiles et indépendantes s'adaptent aux extrémités du tube en cristal: L'une, la douille D, présente un prolongement conique C destiné à recevoir l'aiguille. L'autre, la douille A, présente un prolongement cylindrique creusé de deux rainures R et dont on verra l'usage plus loin. La seringue est complétée par une armature métallique extérieure mobile, complètement indépendante, formée de deux tiges parallèles réunies d'un côté par un levier L, de l'autre par une plaque échancrée. La solidarité de toutes les pièces constituant la seringue et obtenue à l'aide de cette armature de la façon suivante: Les deux douilles étant mises au contact du tube de cristal, l'armature est reliée à la douille A en engageant dans les rainures R les saillies que présente intérieurement la fourche du levier L. Celui-ci étant placé perpendiculairement à l'axe de la seringue, la plaque échancrée est mise au contact de la douille B qu'elle doit embrasser complètement. En abaissant alors le levier, on détermine une tension énergique des tiges latérales de l'armature qui a pour effet d'appliquer fortement les douilles sur le corps de la seringue, qui se trouve ainsi montée et prête à être utilisée. En agissant sur le levier en sens contraire, l'action de l'armature cesse. La seringue est instantanément démontée pour être stérilisée de la manière suivante: Après avoir enlevé complètement l'armature et fait glisser les deux douilles, sans cependant leur faire abandonner le

(1) Présentée par M. le Dr d'Arsonval à la *Société de Biologie*, séance du 7 janvier 1893, construite par M. Galante.

cylindre de cristal, la seringue est placée (sans son armature) dans un récipient quelconque contenant de l'eau à la température ambiante, qu'on porte à l'ébullition pendant un temps déterminé. La seringue est sortie de l'eau en la tenant par l'extrémité B, les douilles sont ramenées au contact du tube de cristal. Ceci fait, il suffit, pour monter l'instrument, de relier l'armature à la douille A et d'abaisser le levier comme cela a été indiqué plus haut.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 15 janv. 1893 au samedi 21 janv. 1893, les naissances ont été au nombre de 1215 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 453; illégitimes, 165 Total, 618 — *Sexe féminin* : légitimes, 449 ; illégitimes, 148. Total, 597.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 janv. 1893 au samedi 21 janv. 1893, les décès ont été au nombre de 1256 savoir : 639 hommes et 610 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 3, T. 7. — Variole : M 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 6, F. 2, T. 8. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T 3. — Coqueluche : M. 5. F. 11, T. 16 — Diphtérie, Croup : M. 15, F. 17, T. 32. — Affections cholériformes : M. 0 F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M 138, F. 67, T. 205. — Méningites tuberculoses : M. 10, F. 7. T. 17. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 4. T. 14 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4 — Tumeurs malignes : M. 8, F. 37, T. 45. — Méningite simple : M. 13, F. 14, T. 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 36, F. 24, T. 60. — Paralysie, M. 2, F. 5, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 9. F. 7, T. 16. — Maladies organiques du cœur : M. 41, F. 53, T. 94. — Bronchite aiguë : M. 25, F. 27, T. 52. — Bronchite chronique. M. 19, F 34 T. 53 — Broncho-Pneumonie : M. 26, F. 39, T. 65, — Pneumonie : M. 52. F. 49, T. 101 — Autres affections de l'appareil respiratoire ; M. 35, F. 40, T. 75. — Gastro-entérite, biberon M. 14 F. 16, T. 30 — Gastro-entérite, sein : M 3. F. 7, T. 10. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 3, T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 17, F. 23. T. 40 — Sénilité : M. 16, F. 30, T. 46 — Suicides : M. 13, F. 1, T. 14. — Autres morts violentes : M. 8. F. 4, T. 12. — Autres causes de mort : M. 104, F. 78, T. 182 — Causes restées inconnues : M. 4, F. 3. T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 80, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 20. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 15. Total : 38.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Décanat.* — Le Conseil de la Faculté de médecine s'est réuni jeudi dernier, comme nous l'avons dit dans notre dernier numero, à propos de la présentation faite pour la chaire de médecine opératoire. M. Brouardel étant soumis, cette année, au renouvellement triennal du décanat, il a en outre été procédé à un vote pour arrêter la liste de présentation. Cette liste a été fixée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Brouardel ; en seconde ligne, M. Grancher.

ECOLE CENTRALE DES ARTS ET MANUFACTURES. — Par arrêté du Ministre du commerce, a été déclarée vacante, à l'Ecole centrale des arts et manufactures, la chaire de minéralogie et géologie.

HOPITAUX DE PARIS. — *Mutations.* — Par suite du décès de M. Desnos, médecin à la Charité, les mutations suivantes auront lieu, à dater de 1er février, dans les services de médecine des hopitaux de Paris : M. Straus passe à la Charité ; M. Gingeot, à Laënnec ; M. Faucher, à Saint-Antoine ; M. P. Martin, à l'hopital du Danube ; M. Marie, à l'hôpital Debrousse.

Concours de l'Externat. — Voici les dernières questions posées à l'épreuve orale de pathologie : *Erysipèle de face* ; *Lavement*; *Manière de faire la trachéotomie* (pour les premiers ex æquo).

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — En vertu d'une circulaire de M. la Ministre de l'instruction publique, l'ouverture du Congrès des Sociétés savantes de Paris et de la province est fixée au mardi 4 avril, à 2 heures. Les travaux se poursuivront durant les journées des mercredi 5, jeudi 6 et vendredi 7 avril. Le samedi 8 avril, le ministre présidera la séance générale dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

CONSEIL GÉNÉRAL DES SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT DE LA SEINE. — Ce Conseil a nommé son bureau comme il suit pour l'annee 1893 : Président, M. Chevallereau ; Secrétaire général, M. Cayla ; Secrétaire adjoint, M. Genesteix.

CHOLÉRA EN RUSSIE. — La disparition du choléra en Russie est officiellement constatée.

LE CHOLÉRA EN ALLEMAGNE. — L'examen auquel M. le Pr Koch s'est livré à l'asile d'aliénés de Nietleben près de Halle confirme que les cas de choléra signalés sont dus à la mauvaise qualité de l'eau employée dans l'établissement. Récemment, il y a eu 3 cas nouveaux et 2 morts. Jusqu'à présent il y a eu 41 cas et 18 décès.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — MM. les docteurs Chantemesse et Charrin sont nommés membres du Comité consultatif d'hygiène publique de France, en remplacement de MM. Pasteur et Peter, démissionnaires. M. Pasteur est nommé président honoraire du comité.

HOPITAUX DE TOULOUSE. — La gestion des hospices civils a fait l'objet d'une discussion approfondie pendant trois séances au conseil municipal de Toulouse. Depuis quelques années, le budget de ces établissements se soldait par des déficits, pour le comblement desquels les hospices demandaient l'autorisation d'aliéner des titres de rente. Actuellement encore, l'autorisation était demandée d'aliéner pour 237,248 francs ; déjà, les quatre années précédentes, on a aliéné pour 391,492 fr. M. Corne, rapporteur de la commission des finances, a fait ressortir de nombreuses irrégularités dans la gestion des hospices. Il a critiqué les baux passés en 1888 ; pour certains, il n'y a pas eu adjudication, et on n'a même pas exigé de cautionnement du fermier. La résiliation de ces baux dolosifs sera poursuivie devant les tribunaux compétents. Finalement, le conseil a consenti à l'aliénation de deux titres de rente, afin de ne pas arrêter la marche des services hospitaliers; mais il a approuvé les critiques du rapporteur et a émis, à l'unanimité, un vœu tendant à ce que le Ministre de l'intérieur envoie à Toulouse un délégué spécial pour vérifier la gestion et la comptabilité des hospices depuis dix ans.

PRIX DE DÉMOGRAPHIE. — M. Joseph Körösi, directeur du bureau de statistique de la ville de Budapesth, a fondé un *prix de 1.500 francs*, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur le but et le progrès de la démographie. L'auteur devra préciser la tâche scientifique de la démographie, faire la critique des différentes théories régnantes et des plus importants travaux démographiques, faits dans les principaux pays de l'Europe et des Etats-Unis d'Amérique, pendant les cinquante dernières années. L'auteur aura donc à mettre en relief principalement le développement des recensements et les progrès de la statistique de natalité et de mortalité, en établissant où, quand, et par qui ces branches de la science démographique ont été perfectionnées. L'ouvrage peut être rédigé en langue allemande, anglaise, française, italienne. Il doit être envoyé, sans aucune indication pouvant révéler le nom de l'auteur, avant le 1er mars 1894, à M. Joseph Korösi, à Budapest. L'auteur mettra son nom dans une enveloppe cachetée qu'il joindra à l'envoi de son mémoire. Les ouvrages des concurrents seront examinés par les membres du comité mentionné ci-après. Conformément au vote de ce jury, le prix sera décerné dans la séance générale d'ouverture du Congrès de Budapest, à l'auteur de l'ouvrage ayant la plus grande valeur absolue. Le jury se compose des membres suivants : M. le Dr Bertillon, directeur des travaux statistiques de la Ville de Paris ; M. Luigi Bodio, directeur général de la statistique d'Italie, secrétaire général de l'Institut international de statistique ; M. le Dr V. v. John, professeur à l'Université d'Innspruck ; M. Joseph Korosi, directeur du bureau de statistique de la ville de Budapest ; M. le Dr W. Lexis, vice-président de l'Institut international de statistique, professeur à Gottingue ; M. le Dr W. Ogle, du Registral General of Births, Deaths and Marriages, à Londres. (*Gazette des Hopitaux*).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision, en date du 19 janvier 1893, le Ministre de la Guerre a accordé des témoignages de satisfaction aux médecins ci-après dénommés, qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie ainsi qu'à leurs familles, savoir : MM. les docteurs Bergeot (de Lesneven), Carreau (de Saint-Symphorien-sur-Coise), Joyeux (de Mirecourt), Bitterlin (de Joinville-le-Pont), Dumas (de Blanzaguet), Aribaud (de Condrieu), Roquefeuil (du Caylar), Mestre (de Gigean), Massin (de Pierre-en-Bresse), Sansen (de Hondschoote) ; M. Durand-Lasserre, officier de santé, au Verdom.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. — *Prix Lemière.* — La Société médicale des Hopitaux croit devoir rappeler aux intéressés qu'elle attribuera un prix de 1.000 fr., fondé par Madame Lemière, au meilleur des travaux qui lui seront soumis 31 juillet 1893 « sur les artérites dans les maladies infec

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — *Bureau de l'*
Président : M. Falret ; Vice-présidents : MM. Po

Secrétaire général : M. Motet: Secrétaires annuels: MM. Briand et Le Blond.

SIGNATURE DES MÉDECINS. — La *Wiener medizinische Presse* annonce que le gouvernement de la Basse-Autriche a ordonné à tout médecin pratiquant de déposer entre les mains du président de l'Association pharmaceutique de Vienne un fac-simile de sa signature, de manière à permettre aux pharmaciens d'en prendre connaissance et de contrôler aussi l'authenticité des ordonnances.

TUBERCULOSE. — *Prix.* — Le *New-York Recorder* décernera un prix de 25.000 fr. au meilleur traité *sur les causes et le traitement de la phtisie.* Les médecins du monde entier sont invités à prendre part au concours et à adresser leurs travaux au Journal.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr TABARY, conseiller général du canton de Bourg-du-Péage. — M. le Dr Albert TOUSSAINT (de Mézières)), décédé à 71 ans; docteur de 1851, il fut d'abord médecin militaire; maire de Mézières, il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur ; il était chirurgien de l'hôpital de cette ville, vice-président du Conseil d'hygiène et président de l'Association des médecins des Ardennes.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. le Dr CHARCOT t Leçons le mardi à 9 heures 1/2. — *Maladies nerveuses et mentales.* — MM. JOFFROY et Jules VOISIN ont commencé leur cours le 21 janvier et le continueront le jeudi et samedi de chaque semaine à 9 h. 45.

HÔPITAL DE LA PITIÉ.—M. Albert ROBIN.—(*Semestre d'hiver*). vendredi à 9 1/2 : Leçons sur les maladies de l'estomac : Clinique et thérapeutique. Mercredi à 9 h. : Examen des malades nouveaux. Lundi et samedi : Conférence clinique. — (*Semestre d'Eté*). Vendredi à 9 1/2 : Leçons de chimie pathologique appliquée à la thérapeutique.

HÔPITAL DE LOURCINE. — M. le Dr DE BEURMANN. Leçons pratiques sur les affections vénériennes et syphilitiques, le lundi à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux*: M. DEJERINE, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants*: M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. —M. le Dr F. RAYMOND a recommencé ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le jeudi 19 janvier 1893, à 10 heures du matin, à l'hopital Lariboisière, salle Trousseau ; il les continue les jeudis suivants à la même heure.

HÔPITAL DE SAINT-LOUIS. — *Service de M. le Dr* RICHELOT.— M. RICHELOT commencera ses leçons cliniques le mercredi 8 février 1893, à 9 heures et demie, et les continuera les mercredis suivants. A partir du 1er février, les travaux du service seront organisés comme il suit: *Lundi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Mardi* : Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (Salle Denonvilliers). — *Mercredi* : Leçon clinique a l'amphithéâtre. — Opération. — *Jeudi* : Opération abdominale (Chalet). — *Vendredi* : Operation à l'amphitheatre. — Consultation externe. — *Samedi* : Opérations abdominales (Chalet).

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le Dr P. BUDIN a repris ses leçons de *clinique obstétricale* le jeudi 26 janvier, à 10 heures du matin (Amphithéâtre Velpeau).

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — A partir du 1er fevrier, M. Marfan, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies de l'enfance, fera ses leçons a l'hopital des Enfants-Malades, à quatre heures de l'après-midi, les mardis et samedis.

Publications du Progrès Médical.

VIENT DE PARAITRE

HISTOIRE DE LA SECTION DES ENFANTS DE BICÊTRE

(1879-1892).

Par BOURNEVILLE

Volume in-8 de 140 pages, avec 11 figures et une planche hors texte. — Prix: 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . 2 fr. 75

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. STEINHEIL, 2. rue Casimir-Delavigne.

BEZANÇON (P). — Etude sur l'ectopie testiculaire du jeune age et son traitement. Brochure in-8°, de 124 pages, avec 2 planches hors texte.

LAGARRIGUE (J.). — Inauguration de la salle de conférences de l'apostolat positiviste de Paris. Brochure in-8 de 38 pages. — Paris, 1892. — Au siège de l'apostolat positiviste.

MASSY (A.). — Etude sur l'emploi du massage dans les maladies nerveuses. Brochure in-8 de 37 pages. — Bordeaux, 1892. — Librairie Férct et fils.

BÉRILLON (E.). — Voltaire. Discours prononcé à l'inauguration de la loge « Voltaire » le 7 décembre 1890. Brochure in-8 de 35 pages. — Paris, 1891. — Bureaux de la *Revue de l'Hypnotisme.*

HUGO-MARCUS.— Higiene de los nervios (consignos practicos). Volume in-12 de 206 pages.— Buenos-Aires, 1892.— F. Lajouane.

BRUNON (R.). — Remarques sur l'organisation de l'Assistance publique à Rouen. Compte rendu d'une consultation externe a l'hospice général de Rouen en 1891. Brochure in-8 de 36 pages. — Rouen, 1892. — E. Deshaye et Cie.

FERNANDES (G.-R.). — Amputation de l'utérus plein et de ses annexes. Travail avancé, procidence du cordon, pédicule interne, guérison. Brochure in-8 de 30 pages. — Lisboa, 1892.—Adolpho-Modesto et Cie.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 5. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 4 FÉVRIER 1893.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Élimination du Salol ;

par le Dr Paul CORNET.

Nous avons établi précédemment (1), sur des données expérimentales, les différentes phases par lesquelles le salol parcourt l'organisme. Nous avons signalé le premier, et Stein après nous, le dédoublement tardif de cette substance dans l'estomac ; sa décomposition, partielle comme son absorption ; enfin, avec l'évidence qui s'attache à un mode opératoire convenable, nous avons montré les indices les plus nets de son passage dans le sang, à l'état de salicylate alcalin.

Nous venons terminer nos investigations sur ce même produit, par un aperçu sur les conditions dans lesquelles le salol s'élimine par les reins.

Nombreuses sont nos analyses d'urines chez les animaux et chez l'homme. Les dix chiens, victimes de nos expériences chez M. Hayem, ont eu des vessies pleines d'urines aux caractères physiques suivants : couleur jaune d'or, tranchant par son éclat sur la couleur des urines normales chez les mêmes animaux ; réaction franchement acide ; par réfraction, reflets verdâtres indiquant manifestement la présence des dérivés du composant phénolé. Le phénol lui-même n'est pas retrouvé, du moins par le procédé qui consiste à distiller l'urine avec HCl, et à produire dans la liqueur distillée, avec l'hypochlorite de soude et l'aniline, une coloration bleue.

La double interprétation négative, s'attachant et à l'essai ci-dessus, et à l'absence de cette teinte plus ou moins foncée attribuée aux urines renfermant du phénol, se traduit par cette conclusion, savoir : qu'avec 2 ou 3 grs. de salol, l'urine ne contient pas d'acide phénique libre. Quant aux expériences chez l'homme, elles ont été faites dans les conditions suivantes, chez une même personne, M. C..., âgé de 32 ans, atteint de dilatation de l'estomac :

1° 60 centig. de salol sont administrés à jeun, en une fois. Une heure 1/2 après, on constate pour la première fois la présence de l'acide salicylique dans l'urine. Durée totale de l'élimination : 25 h.

Disons une fois pour toutes que ces urines ont présenté toujours les mêmes caractères physiques que celles des animaux précédents. Disons de plus que pour apprécier les traces infinitésimales d'acide salicylique, nous avons eu recours au procédé si sensible indiqué par M. Yvon, et qui consiste à mélanger l'urine avec de l'éther additionné d'HCl, à décanter cet éther, et à le verser sur une solution normale de perchlorure de fer à 30°, étendue d'eau distillée.

Trois autres essais dans les mêmes conditions et par le même procédé nous ont fourni à peu près les mêmes résultats, avec une durée totale de l'élimination de 25 à 32 heures.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de rapprocher ce simple fait de ceux relatifs à l'élimination de l'acide salicylique pris à l'état pur, puisque chez un même homme, dans 4 essais, l'acide salicylique apparaît dans l'urine, seulement 1 h. 1/2 ou 2 h. après l'ingestion de 60 centig. de salol ; alors qu'avec l'acide salicylique pur cet acide se retrouve dans l'urine presque immédiatement après (Hayem, 8 minutes ; C. Sée, 10 minutes ; Mlle Chopin, 15 minutes ; Byasson, 25 minutes).

2° Chez le même homme, nous avons donné à jeun 1 gr. 20 de salol, c'est-à-dire le double de la dose précédente. Apparition de l'acide salicylique dans l'urine : 1 h. 3/4 après. Durée totale de l'élimination : 40 heures.

Une autre expérience, dans les mêmes conditions, donne une durée totale d'élimination de 46 heures.

Il semble que l'on puisse conclure de ces deux faits qu'en augmentant la dose de salol, on n'avance pas le moment d'apparition dans l'urine de l'acide salicylique, mais qu'on prolonge assez sensiblement la durée d'élimination.

3° Toujours chez la même personne, 60 centig. de salol sont administrés non plus à jeun, mais au principal repas. Acide salicylique dans l'urine : 3 heures après. Dans un autre essai de même nature, acide : 2 h. 1/2 après. Durée de l'élimination dans les deux cas : 36 à 42 heures.

Rien d'étonnant dans l'absorption plus rapide à jeun, mais on remarquera, sans cause apparente, une augmentation de la durée d'élimination.

4° On sait que le salol contient 60 0/0 d'acide salicylique. Or, la personne ci-dessus a pris la quantité d'acide salicylique correspondant à 60 centigr. de salol, soit 36 centigr. Apparition de l'acide dans l'urine : 3/4 d'heure après.

Nous avons donc, chez la même personne, la vérification du fait déjà établi, savoir : que l'acide salicylique pur est plus rapidement éliminé que sous forme de salol.

5° Enfin nous avons multiplié les points de rapports entre ces deux substances, en dosant l'urée et l'acide urique, avant et après l'ingestion en une fois de 1 gr. de salol.

Urée :

Avant le salol. .	1re expér.	= 40 gr. 10.
	2e expér.	= 24 gr. 06.
	3e expér.	= 30 gr. 16.
Après le salol. .	1re expér.	= 45 gr.
	2e expér.	= 31 gr. 08.
	3e expér.	= 42 gr. 21.

Acide urique :

Avant le salol. .	1re expér.	= 0 gr. 90.
	2e expér.	= 0 gr. 70.
	3e expér.	= 0 gr. 60.
Après le salol. .	1re expér.	= 1 gr. 60.
	2e expér.	= 1 gr. 10.
	3e expér.	= 0 gr. 70.

Ainsi l'urée et l'acide urique augmentent d'une façon sensible.

Pour conclure, nous aurions pu, sans grande utilité, poursuivre les recherches du même ordre, en les étendant aux autres éléments de l'urine (phosphates, etc.) ; en caractérisant et dosant l'acide salicylurique. L'en-

(1) Voir *Progrès médical* 29 octobre et 24 décembre 1892.

semble des considérations précédentes nous paraît suffisant pour démontrer, quant aux phénomènes biologiques, l'identité d'action entre le salol et l'acide salicylique; c'est-à-dire que l'ingestion du premier semble se réduire, de par nos travaux, à l'ingestion du second sous forme de salicylate de soude. Notons toutefois, toujours sur le terrain biologique, certaines différences. C'est ainsi, qu'avec le salol, l'apparition de l'acide salicylique est retardée. De plus, et sous bénéfice d autres observations cliniques, nous avons cru remarquer que le salol ne favoriserait pas la diurèse comme le ferait l'acide salicylique pour certains auteurs, mais produirait au contraire une certaine rétention d'urine.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Tabes dorsalis et arthritisme ;

par M. SAKORRAPHOS (d'Athènes).

Nous avons eu l'occasion d'observer et de suivre plusieurs cas de tabes et nous avons été maintes fois surpris de l'évolution de cette maladie sur un terrain arthritique. En interrogeant nos malades nous avons pu voir non seulement le diabète derrière le tabes, comme nous l'avions entendu dire au célèbre professeur Charcot dans ses magistrales leçons cliniques, mais encore toute la série de cette grande dystrophie. Le rhumatisme chronique, l'obésité, la goutte, la migraine étaient très souvent dans la famille du tabétique; et de plus la plupart des ataxiques avaient, plus ou moins prononcés, les symptômes de l'arthritisme. Nous nous sommes donc demandé si ce n'était pas là une simple coïncidence, ou si la dystrophie arthritique n'agissait que secondairement, ou enfin s'il existe entre ces deux états morbides une étroite liaison.

Quoi que l'on dise, le tabes a beaucoup de traits communs avec l'arthritisme par son étiologie, par quelques symptômes, par son anatomie pathologique, son mode de terminaison, etc., etc.

Personne ne saurait nier l'obscurité qui règne sur l'étiologie du tabes. La syphilis, cette cause commune et banale de la plupart des maladies du système nerveux, a été et est encore destinée à jouer un grand rôle sous ce rapport.

Il suffit d'étudier les divers auteurs qui ont écrit sur ce sujet pour voir les discussions qui ont eu lieu à propos de la syphilis pour en conclure que cette question est loin d'être élucidée ; on rencontre en effet à ce sujet les opinions les plus diverses. Tandis que les uns soutiennent l'étroite parenté de la syphilis et du tabes, d'autres paraissent plus réservés, quelques autres enfin nient catégoriquement la corrélation de ces deux affections. Parmi les auteurs nous citons les noms de Charcot, Fournier, Lancereaux, Dejerine, c'est-à-dire des sommités médicales de notre époque.

Récemment notre éminent maître, M. Lancereaux, dans une leçon magistrale faite en présence de quatre malades tabétiques, mais non syphilitiques, a voulu démontrer combien est erronée l'idée, qui règne parmi les observateurs, qui soutiennent que la syphilis a une réelle action sur la production du tabes. Parmi les arguments scientifiques qu'il a développés dans cette leçon, nous citerons ceux qui ont trait à la différence des lésions anatomiques qui s'observent dans ces deux maladies. Nous nous rattachons sans hésitation à l'opinion de notre cher et éminent maître. Nous nous demandons en effet comment, si la syphilis était la cause prédominante de la production du tabes, l'immense majorité des syphilitiques pourrait échapper au tabes et pourquoi tous les tabétiques ne seraient pas des anciens syphilitiques ? et encore, si la syphilis joue un certain rôle, pourquoi ne guérit-on ni ne soulage-t-on même pas un tabétique, étant donné que le traitement spécifique a une influence réelle ? Certes, parmi les tabétiques il se trouve des anciens syphilitiques, mais si on ne se contente pas de l'élément syphilis qu'on trouve aux antécédents personnels du tabétique, mais que l'on examine les antécédents héréditaires, on trouvera très souvent, pour ne pas dire constamment, derrière cette syphilis, une tare héréditaire, l'arthritisme, dans la famille du tabétique.

Si l'étiologie du tabes, comme de la plupart des maladies chroniques, est obscure, il existe au moins un facteur bien puissant, je veux parler de l'hérédité. Le tabes, comme la plupart des maladies chroniques, a une étiologie commune, est héréditaire. Et, ici même, l'hérédité n'est pas directe, c'est-à-dire : le descendant n'hérite pas d'une maladie identique, mais de l'élément névro-arthritique. Dans la même famille, on peut trouver, outre les maladies ci-dessus, d'autres affections, parmi lesquelles nous citons l'épilepsie, l'idiotie et, comme intoxication, surtout l'alcoolisme.

Il faut signaler ici qu'un groupe considérable de ces névroses appartiennent aussi bien à la famille névrotique qu'à l'élément arthritique. Nous apercevons que l'arthritisme, dans les périodes ultimes de son évolution, s'efface, si je puis parler ainsi, pour faire place à la diathèse nerveuse pure. Arthritisme donc, dans ses périodes ultimes, et diathèse nerveuse sont tellement congénères qu'on dirait que c'est une seule diathèse. Examinons maintenant l'évolution de la maladie. Elle commence surtout à l'âge où les grands troubles de la nutrition apparaissent chez un sujet arthritique. On constate aussi, dans le cours du tabes, des troubles trophiques du côté des ongles, de la peau, du tissu conjonctif ; mais n'insistons pas là-dessus et bornons-nous à un seul de ces troubles.

Les arthrites sèches, qui ont été depuis vingt ans si bien étudiées par le célèbre professeur M. Charcot, ne diffèrent pas anatomiquement, ni même par quelques symptômes, des arthrites vulgaires. Notre maître, M. Lancereaux, dit dans son traité de l'herpétisme que les localisations anatomiques ont une ressemblance frappante avec celles qu'on rencontre dans le tabes.

Voici ce que dit le professeur Grasset dans son traité sur les maladies du système nerveux : C'est une espèce d'arthrite sèche avec prédominance du processus destructif. On constate: 1° L'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire; 2° L'infiltration de la synoviale avec épanchement intra-articulaire de sérosité et plus tard épaississement, fongosités, concrétions ossiformes (inflammation chronique); 3° Résorption rapide des cartilages d'encroûtement et des surfaces osseuses avoisinantes; 4° Quelques ostéophytes plus tard à la périphérie de la surface osseuse. Nous voyons donc à peu près les mêmes altérations anatomiques des deux arthrites. Début silencieux. Pas de fièvre. Pas d'altération à côté de la peau. Pas de suppuration, sauf quelques cas exceptionnels (Charcot, Ball).

Un autre symptôme non moins intéressant doit être cité ici. Je veux parler des troubles cardiaques ou aortiques plutôt qui, depuis quelque temps, ont été signalés par des observateurs compétents et qui, à juste titre, ont attiré leur attention. Certes, les exemples de ces lésions

ne sont pas encore assez nombreux pour qu'on puisse en tirer une conclusion. Mais aussi les arthropathies tabétiques, avant que l'éminent professeur M. Charcot eût attiré l'attention des cliniciens, n'étaient-elles pas considérées comme une simple curiosité? Les lésions cardiaques sont-elles dues aux douleurs fulgurantes, au retentissement des excitations périphériques sur l'organe de la circulation? ou, au contraire, à une seule et unique lésion: l'artério-sclérose (Letulle)? ou enfin ces lésions sont-elles indépendantes les unes des autres? Voici une question à étudier et qui offre un grand intérêt. Si on envisage d'un coup d'œil l'étroite parenté qui lie le tabes avec cette grande dystrophie, l'arthritisme, à tous les points de vue, et si l'on porte l'attention surtout aux lésions endo-péri-artérielles qui sont si marquées dans les deux états morbides, pourquoi ne pas rattacher ces altérations cardio-artérielles à l'artério-sclérose?

On peut dire avec Pierret que le tabes est une maladie générale. Elle diffère des autres myélites systématiques parce qu'elle s'étend à tout l'axe cérébro-spinal central et périphérique. C'est une maladie diathésique ou dystrophique qui envahit surtout les arthritiques et qui a sa cause dans l'état général comme la plupart des maladies chroniques. Pour qu'un individu devienne ataxique, il ne suffit pas qu'il ait eu la vérole ou qu'il ait fait des excès vénériens, etc., etc., ce ne sont là que des causes banales qui n'ont qu'une importance très médiocre pour ne pas dire nulle.

Toutes ces lésions qu'on constate dans le tabes qui se localisent sourdement sans grande réaction inflammatoire avec des altérations artérielles considérables, avec des troubles trophiques, de toute sorte, troubles cardiaques, etc., etc., ne sauraient être considérées comme une maladie locale, simple myélite; il faut chercher plus loin et c'est dans l'organisme tout entier qu'on trouvera la cause.

En publiant cette étude je n'ai nullement la prétention d'avoir fait une découverte; le seul but que je me suis proposé, c'est de relater ce dont j'ai été témoin auprès de plusieurs malades, c'est-à-dire la liaison qui règne entre l'arthritisme d'un côté, et le tabes de l'autre, ou plutôt la relation de cause à effet qui existe entre ces deux affections.

Cette étude aurait nécessairement besoin de plus amples développements; mais, je le répète, ce n'est pas là le but que je me suis proposé: je le laisse volontiers à des personnes plus compétentes et plus éclairées.

Assistance publique. — *Règlement de l'Administration concernant l'usage des blouses antiseptiques.* — 1° Cette blouse doit être revêtue à l'entrée et quittée à la sortie des localités où son emploi est nécessaire; — 2° Dans les services ordinaires de médecine, de chirurgie et d'accouchement, les blouses antiseptiques seront accordées au chef de service et à ses internes, y compris l'interne en pharmacie; — 3° Les élèves externes, stagiaires et bénévoles, pour lesquels le chef de service estimerait nécessaire l'emploi de la blouse, la recevront moyennant le dépôt, à la caisse du Comptable, d'un nantissement de cinq francs; — 4° Les sous-employés et serviteurs devront se procurer la blouse à leurs frais, sauf dans les services d'isolement, où la dépense en sera faite par l'Administration. — L'Administration pense-t-elle qu'il suffise de donner aux élèves des blouses blanches et aseptiques pour que celles-ci le soient longtemps? Ce sont des mains propres qu'il faudrait les obliger à avoir, et cela constamment, quand ils font des pansements. (M. B.).

Assistance publique en Algérie. — Le Conseil supérieur de l'Algérie a examiné, cette semaine, le chapitre de l'Assistance publique, qui a motivé un important rapport du Dr Treille. Le gouverneur a fait observer qu'il était nécessaire d'appliquer en Algérie la loi qui est en préparation en France.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes sur l'organisation du Service de santé.

7e article.

VII. — De l'Antiseptisation des Matériaux de Pansement.

L'Etude sur l'organisation du Service de santé en campagne, dont nous poursuivons ici même la publication, a suscité une vive polémique entre le journal le *Matin* et le journal l'*Eclair*. Le premier résume simplement les renseignements puisés dans nos articles précédents; le second nie brutalement l'exactitude de ces renseignements, sans fournir toutefois l'ombre d'une preuve à l'appui de ses dénégations. L'un soutient que l'anarchie la plus complète caractérise l'esprit qui anime la 7e Direction au Ministère de la Guerre; l'autre ne trouve pas d'accent assez lyrique pour louer son éminent Directeur.

Afin de marquer notre impartialité et notre ferme volonté de demeurer à l'écart de ces discussions passionnées, nous avons interrompu momentanément le cours de nos articles. Nous estimons qu'il n'y a pas de meilleurs arguments que des faits dont l'authenticité est si peu contestée par la 7e Direction elle-même qu'elle a conseillé la lecture de nos *Etudes* aux diverses Sociétés de secours aux blessés militaires, et que dans le *Bulletin du Service de santé militaire,* publié sous ses auspices, elle en annonce la reproduction intégrale dans son prochain numéro. C'est la seule récompense que nous ambitionnions, le Ministre de la Guerre étant seul juge pour décider si l'esprit qui anime le chef de la 7e Direction est éminent ou anarchique.

En prenant possession de son autonomie, le Service de santé a reçu, du Service de l'intendance, des approvisionnements de guerre au complet, mais exclusivement composés de charpie, de bandes et compresses de toile. Ces matériaux ne répondaient plus aux exigences nouvelles de la thérapeutique chirurgicale, entièrement renouvelée par l'application de la méthode antiseptique au traitement des plaies. Mais comme il importait d'être prêt à parer à toutes les éventualités, une déclaration de guerre pouvant surgir à tout instant, il ne fallait pas songer à substituer d'un jour à l'autre des matériaux nouveaux aux approvisionnements existants. Au reste, au début de cette période, les opinions des chirurgiens les plus éminents étaient loin d'être unanimes sur la valeur antiseptique réelle des diverses substances expérimentées.

La difficulté se compliquait ici de la nécessité d'imprégner de substances antiseptiques des masses colossales de matériel de pansement, se chiffrant par milliers de kilogrammes. On ne connaissait pas la théorie des fonctions chimiques de la fibre végétale ni les réactions qui s'opéreraient à son contact avec les antiseptiques. Comme les approvisionnements antiseptiques qu'on se proposait de constituer devaient demeurer intacts pendant un nombre d'années pour ainsi dire illimité, on comprend la légitimité des hésitations et des tâtonnements au début de l'entreprise.

On se mit à l'étude avec ardeur, sans bruit, modestement; et, à la suite d'expériences préliminaires aux-

quelles il fut procédé conformément à l'avis de la Section technique de santé, le Ministre décida, le 20 novembre 1886, sur la proposition de M. l'inspecteur Baudouin, alors chef de la 7e Direction, que la totalité des quantités de charpie existant à cette date dans les approvisionnements du Service de santé serait rendue antiseptique d'après les procédés de M. le pharmacien-major de 1re classe Thomas 1); que la charpie antiseptique serait de trois espèces : *a*) bichlorurée à 1/1.000 ; — *b*) phéniquée à 50/1.000 ou 100/1.000 ; — *c*) boriquée à 100/1.000.

Il prescrivit en même temps que les dotations des formations sanitaires de campagne seraient les suivantes :

	Charpie bichlorurée.	Charpie phéniquée.	Charpie boriquée.	Totaux.
	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.
Ambulances divisionnaires et de quartiers généraux. . . .	80 »	20 »	20 »	120 »
Hôpital de campagne.	10 150	2 550	2 550	15 250
Régiment d'infanterie à 3 bataillons. . . .	12 »	3 »	3 »	18 »

Le Ministre décida, en outre, que la charpie antiseptique serait comprimée et empaquetée dans du papier parchemin teinté en rouge pour la charpie bichlorurée, en bleu pour la charpie boriquée, et non teinté pour la charpie phéniquée. Chaque paquet, étiqueté et fermé, devait être conservé intact dans les approvisionnements, et ne pouvait être ouvert que lors de la mise en consommation. Le Magasin central fut chargé de procéder, de concert avec la Pharmacie centrale et l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à toutes les opérations nécessaires pour rendre la charpie antiseptique.

La 7e Direction ne pouvait s'adresser à cette époque à la maison Froger puissamment outillée. Il fallut tout improviser, outillage et bâtiments. On travailla, sans appeler la presse et les journalistes comme témoins des efforts tentés, et en dédaignant une réclame qui diminue les caractères sans grandir les mérites.

L'opération fut donc nécessairement lente et coûteuse; le prix du kilogramme de charpie fut majoré d'un franc en moyenne, et les diverses manipulations qu'elle nécessita entraînèrent un déchet d'environ 1/5 du poids total. Elle continua jusque vers 1889, époque où fut décidée l'adoption définitive de l'étoupe purifiée et de l'ouate de tourbe de Redon, après avoir pourvu toutes les formations sanitaires de campagne de leur complet règlementaire en charpie antiseptique. A l'heure où nous écrivons, toutes les formations hospitalières des Corps d'armée ne possèdent encore que cette charpie, et rien que cette charpie, bien que quatre années se soient écoulées depuis qu'on a décidé son remplacement par les nouveaux matériaux et malgré le puissant outillage de la maison Froger. Nous aurons à revenir sur cette question ailleurs, et nous n'en parlons en ce moment qu'à cause des discussions que ce déplorable état de nos approvisionnements de guerre a soulevées dans la presse politique. Il appartient au Ministre de la Guerre d'intervenir dans le débat avec sa haute autorité, car les conséquences d'une pareille situation seraient monstrueuses, si la guerre venait à éclater subitement.

En adoptant, aux doses indiquées, l'une ou l'autre de ces trois substances antiseptiques pour l'imprégnation des 960 tonnes métriques de charpie, étoupe purifiée, ouate de tourbe de Redon et compresses en tarlatane désapprêtée, qui représentent les prévisions totales pour le temps de guerre, on arrive à constater :

1° Que l'acide borique coûtera 144 000 fr. (1), et augmentera le poids des approvisionnements de 96.000 kilogr.

2° Qu'avec l'acide phénique à 5/100, la dépense sera de 168.000 fr. et l'augmentation de poids de 48.000 kilogr.

3° Qu'avec le bichlorure de mercure, la dépense sera de 7.680 fr. et l'augmentation de poids de 960 kilogr. seulement.

Envisageant seulement la question au double point de vue de la dépense et de l'accroissement du poids des approvisionnements de guerre, on se trouvait amené à rejeter l'acide borique et l'acide phénique, en donnant la préférence au bichlorure de mercure pour l'imprégnation du nouveau matériel de pansement.

En dehors même de ces deux considérations, la décision qui fut ainsi prise par le chef actuel de la 7e Direction semblerait devoir encore se justifier par l'expérience de la clinique et du laboratoire, qui a démontré, d'une façon incontestable, que le coefficient antiseptique le plus élevé appartient au bichlorure et le plus faible à l'acide borique.

Si l'acide phénique à 50/1.000 présente un pouvoir antiseptique sensiblement égal à celui du bichlorure à 1/1.000, on ne peut lui dénier l'inconvénient très grave d'être irritant et même caustique à cette dose, et d'exposer le blessé à des accidents locaux ou généraux qui, dans plus d'un cas, pourraient retarder son évacuation. En raison de sa volatilité, et par suite d'une sorte de phénomène de dialyse, on peut craindre aussi que tout l'acide phénique contenu dans un pansement sec, appliqué sur une blessure récente, ne se concentre en totalité et rapidement dans le sang ou la sérosité suintant de la plaie. Et si la quantité de liquide épanchée demeure inférieure en poids à la matière absorbante, ce ne sera plus une solution à 5/100, mais parfois à 10/100, ou plus, qui se trouvera en contact avec les tissus. La crainte d'accidents sérieux ne serait plus chimérique.

Ces vues, déduites par la réflexion et le raisonnement, n'ont pas toutefois été soumises à l'épreuve de l'expérience. Les recherches scientifiques et les méthodes rigoureuses nécessitent l'isolement du laboratoire, et la 7e Direction actuelle préfère supprimer les pharmaciens militaires, qu'elle remplacerait volontiers par des droguistes, plutôt que d'utiliser leurs connaissances et leur science pour le bien général du Corps de santé.

La volatilité de l'acide phénique a été objectée, à un autre point de vue, à son emploi pour l'imprégnation des matériaux de pansement. Comme les approvisionnements de guerre sont tellement considérables qu'on ne saurait songer à les renouveler en temps de paix, en les faisant consommer par les hôpitaux militaires, dont le

(1) Ces procédés sont décrits en détail dans la Note ministérielle n° 313, en date du 20 novembre 1886, insérée au *Journal militaire*, partie règlementaire, 2e semestre 1886, page 975. Leur étendue ne nous permet pas de les publier ici.

(1) La dépense est calculée d'après les prix ministériels inscrits dans la nomenclature du Service de santé.

nombre tend encore à se réduire de jour en jour, du consentement, impardonnable s'il n'est inconscient, du chef de la 7e Direction, il paraîtrait indispensable de n'adopter que des antiseptiques fixes. On pourrait craindre, semble-t-il, que la totalité de l'acide phénique ne vînt à disparaître au bout de peu d'années, en raison même de sa volatilité.

Théoriquement, peut-être. Mais ici encore aucune expérience sérieuse n'a été prescrite par la 7e Direction pour s'assurer si, dans la pratique, cette crainte était vraiment fondée ; et elle ne parait pas avoir compris la différence qu'il y avait, scientifiquement, entre la volatilité d'une substance et son pouvoir de diffusion à l'état gazeux. Ces deux propriétés sont loin d'être corrélatives, et cette opinion semblerait justifiée lorsqu'on observe ce qui se passe avec la charpie imprégnée d'acide phénique.

Lorsqu'on ouvre, en effet, un paquet phéniqué à 5 0/0, enveloppé d'un simple papier parcheminé qui n'est pas imperméable aux gaz, et fabriqué depuis 1886, on demeure surpris de la conservation d'une forte odeur d'acide phénique qui s'en dégage encore.

Il semble aux esprits impartiaux et réfléchis que rien n'eût été plus facile que de s'assurer, par des méthodes scientifiques précises et rigoureuses ou même par de simples pesées comparatives, des pertes en acide phénique que ces paquets ont subies depuis six ans. Et nous verrons, dans la suite, l'importance capitale qui résulterait de la connaissance de ces faits.

Qu'on y prenne garde ! La direction générale imprimée au Service de santé prépare un avenir qui sera fertile en désastres irréparables. Au lieu de pousser à la destruction du corps des pharmaciens militaires, qui semble l'idée fixe du chef actuel de la 7e Direction, on ferait œuvre éminemment plus juste et plus sage en les faisant coopérer au Service de santé, dans la partie où le médecin militaire ne pourra jamais se substituer à eux. En cherchant, par la réduction de leur cadre, à économiser quelques sous — qu'on espère du reste faire servir à l'augmentation du cadre des médecins — nous craignons que le Ministre ne soit obligé un jour de constater qu'on a perdu quelques millions et que les approvisionnements de guerre ne sont rien moins qu'antiseptiques.

On demeure profondément attristé en voyant le chef de la 7e Direction laisser insérer dans le *Progrès militaire* du 17 décembre dernier, par un de ses adjoints — qui ne signe pas, il est vrai — les lignes suivantes qui marquent à la fois une injure gratuite pour des serviteurs dévoués à l'armée, un déni de justice et un acte d'indiscipline au premier chef, puisqu'ils rabaissent des officiers. Le Ministre et les lecteurs peuvent en juger. Nous copions textuellement.

« La loi du 16 mars 1882 a subordonné les pharmaciens aux médecins et les ramenés à leurs attributions naturelles d'auxiliaires du Service de santé.

« Cette situation subordonnée ne nécessite plus l'accès aux grades les plus élevés de la hiérarchie militaire ; le pharmacien inspecteur, dont les attributions mal définies se heurtent avec celles du médecin inspecteur, doit disparaître, et nous ne verrions aucun inconvénient à ce que la carrière des pharmaciens militaires s'arrêtât au grade de principal de 2e classe.

« Le recrutement des pharmaciens de l'armée perdrait à cette mesure quelques savants et ne fournirait peut-être plus, comme il l'a fait jusqu'ici, des chimistes distingués qui ont illustré les compagnies scientifiques dont ils ont fait partie.

« Mais les fonctions de pharmacien militaire n'exigent pas tant de science dans toutes les positions. Il nous faut dans chaque Corps d'armée un expert chimiste compétent, à la pharmacie centrale des hôpitaux un directeur instruit guidant quelques chimistes, puis dans les grands hôpitaux (et dans les petits ?) des pharmaciens capables d'assurer l'exécution des prescriptions médicales, de diriger le personnel secondaire fourni par la réserve et l'armée territoriale et sachant tenir exactement leur comptabilité. Pour le recrutement des pharmaciens, le législateur n'a plus à se préoccuper au même degré, que lorsqu'il s'agit des médecins, de la haute valeur scientifique du personnel.

« Il n'est pas douteux que l'extension du cadre des médecins ne nécessite quelque augmentation du budget des dépenses ; mais cette augmentation peut sans doute être fortement diminuée en reportant sur les cadres des médecins les économies résultant de la diminution des pharmaciens militaires.

« Que si même les mesures que nous demandons pour les médecins ne pouvaient être réalisées que par un supplément notable de dépenses, nous dirions volontiers qu'il n'en est pas de plus justifiées que celles qui ont pour but d'assurer des soins éclairés à l'élite de la population mâle d'un pays où la natalité diminue, tandis que la mortalité augmente. »

Ainsi, la population diminue parce qu'il n'y a pas assez de médecins et qu'il y a trop de pharmaciens militaires ! Dr FREEMAN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 janvier 1893. — PRÉSIDENCE DE M. GALIPPE.

M. Charles RICHET a continué, avec M. HANRIOT l'étude de la *chloralose*, ce produit dérivé de la glycose et du chloral. Ils ont constaté que ce corps dissociait la sensibilité tactile de la sensibilité à la douleur, en sorte que l'on peut pratiquer sans douleur une série d'opérations sur un animal ayant conservé le sens du toucher. D'autre part, les doses faibles du produit amènent la suppression d'une sensibilité spéciale : la sensibilité visuelle. Le chien en expérience est atteint de cécité psychique : l'animal voit les objets, mais il ne se rend pas compte de leur nature ; un chien de chasse ne fait pas de différence entre un lapin et un tabouret, tant que l'odorat, conservé, ne l'avertit pas. Le chien ne cligne plus les paupières quand on le menace d'un bâton ou d'un fouet, en un mot la cécité, par paralysie centrale siégeant très probablement dans la substance grise, est bien nette dans ces cas.

M. CHOUPPE pense qu'on observera des phénomènes semblables chez l'homme, si la chloralose est appliquée à la thérapeutique, même en employant des doses beaucoup plus faibles que pour le chien.

M. LABORDE se demande si ces faits de cécité psychique ne résulterai nt pas d'hallucinations toxiques.

M. LAVERAN a étudié, avec M. CATINI, le *microbe des oreillons*. L'examen du sang est insuffisant. Le liquide, pris dans l'orchite, l'œdème thoracique ou la parotide elle-même, fournit des cultures. Quand il s'agit de la parotide, dans plus de la moitié des cas, on obtient alors un diplocoque que le bleu de méthylène colore aisément et qui donne des coloni s blanches ponctuées sur la gélatine, blanches en bande sur la gélose. Les auteurs sont en train d'étudier le rôle pathogène de ce parasite.

MM. LEBEL et DECESCO adressent une note *sur la différence d'action du curare chez les animaux à sang chaud et chez les animaux à sang froid.* La théorie qui localise l'empoisonnement aux plaques motrices est vraie pour ces

derniers, d'après l'expérience célèbre de Cl. Bernard ; mais chez les animaux à sang chaud le curare agirait directement sur les centres nerveux. En effet, en liant un membre, sauf l'artère et les nerfs, et en injectant du curare dans l'artère, on n'obtiendrait pas de paralysie du membre, tandis qu'elle survient chez les mêmes animaux quand on introduit le curare dans la circulation générale.

M. Féré. — Lorsqu'on étudie, à l'aide du sphygmomètre de Bloch, *les variations de la pression sanguine chez les hémiplégiques*, quand l'hémiplégie est ancienne, une diminution assez considérable de la pression coïncide avec le refroidissement des membres. Cette diminution est de moitié moindre dans l'hémiplégie récente, enfin elle existe aussi dans l'hémiplégie hystérique et suit les variations d'intensité de cette hémiplégie.

M. Nageotte a pu étudier, dans les services de M. Dejerine et de M. Raymond, des *cerveaux d'ataxiques*. Il relate trois cas observés chez M. Dejerine et dans lesquels le cerveau de tabétiques n'ayant pas présenté de signes spéciaux du côté de l'encéphale offrait des lésions très voisines de celles de la paralysie générale. Ces lésions portaient surtout sur les vaisseaux et sur les petites fibres myehniques sous-méningées.

M. Marinescu a étudié, dans le laboratoire de M. le Pr Straus, *la tranformation de l'amidon en sucre par la bactéridie charbonneuse*. En cultivant cette bactéridie sur la pomme de terre, on obtient un enduit grisâtre qui ne donne plus par l'iode la réaction bleue de l'amidon, comme l'a vu déjà M. Straus. Si l'on ensemence des pommes de terre stérilisées dans un tube qui contient aussi de l'eau, ou si l'on ajoute la culture de charbon à de l'empois d'amidon en solution faible, on constate l'apparition du sucre. Au bout d'un certain temps, ce sucre luimême disparait, utilisé probablement par le bacille pour sa nutrition.

M. Roger a étudié l'*action sur le cœur de toxines spéciales* provenant d'un malade mort de septicémie et chez lequel il a pu isoler un microbe particulier. Les produits de culture de ce microbe ont un effet marqué sur le cœur. Injectés à des grenouilles, ils produisent d'abord l'éloignement des systoles, puis l'arrêt en diastole ; et l'excitation des nerfs cardiaques n'influence plus l'organe. Ces toxines sont insolubles dans l'alcool.

M. Gley fait remarquer que les produits les plus toxiques du B. pyocyanique sont également insolubles dans l'alcool. Au point de vue physiologique, le poison découvert par M. Roger se comporte comme la muscarine.

M. Marinescu, de Bucarest, montre des *photographies microscopiques de la moelle épinière* dans différents cas pathologiques. Ces photographies sont remarquables par leur perfection et le rendu des détails, qu'un dessin aurait fatalement négligés.

M. Dastre lit une note de M. Morat, de Lyon, qui rappelle que certains poisons, les alcaloïdes par exemple, *peuvent arrêter les fermentations solubles*. Il se demande si l'action de la substance toxique sur la fermentation ne serait pas, dans une certaine mesure, proportionnelle à son action sur le système nerveux.

MM. Gley et Lapicque rapportent l'observation d'une épidémie de *tétanos spontané chez des grenouilles* conservées au laboratoire. Le sang de ces grenouilles a servi à faire des cultures et à inoculer d'autres grenouilles qui ont succombé.

M. Dagonet adresse une note *sur l'anatomie pathologique* de la paralysie générale. M. Dagonet a constaté dans le cerveau la présence de globules réfringents qui seraient dus à une transformation de la myéline.

M. Montané, de Toulouse, envoie une note qui lui est commune avec M. Leclaindre, sur l'hystogenèse du tubercule de la morve.

M. H. Grasset adresse un travail sur l'*action de l'eau oxygénée introduite dans le péritoine* des animaux. On constate à faible dose du tympanisme ; avec des doses plus accentuées de la dyspnée et la mort des animaux. Le système veineux et la rate sont alors remplis de bulles de gaz. Les injections sous-cutanées sont plus toxiques que les injections *intra-séreuses*.

M. Galezowski présente un *instrument destiné à constater le degré et la nature des paralysies oculaires*.

A. Pilliet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 janvier. — Présidence de M. Fernet.

M. Chantemesse, en son nom et en celui de M. Widal, lit une note sur les *injections de sérum d'animaux immunisés à des typhoïques*. Ces injections ont été pratiquées sur deux malades arrivés au 10e et au 11e jour d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Le premier a reçu 25 centimètres cubes de sérum de cobaye immunisé. Le second, 180 centimètres cubes de sérum de lapin immunisé, le résultat négatif du premier cas ayant porté à croire que la dose avait été insuffisante. Ces deux essais chez l'homme constituent la première tentative de traitement de la fièvre typhoïde par le sérum d'animaux préalablement immunisés. Dans les 2 cas, action nulle sur la marche générale de la maladie. Moins de 24 heures après l'injection, abaissement thermique accentué dans le premier cas, peu marqué dans le second. Malgré une seconde injection, recrudescence de la température les 24 heures suivantes. On ne peut donc rien voir de spécifique dans cet abaissement éphémère de la température, la maladie ayant dans les 2 cas poursuivi son cours. En opérant plus près du début, en employant du sérum plus actif, peut-être pourrait-on réaliser la thérapeutique abortive de la fièvre typhoïde. Ces deux tentatives prouvent néanmoins que, de même que pour le tétanos ou la diphtérie, en opérant chez des malades dont la fièvre typhoïde est confirmée, peu de temps après l'apparition des taches rosées, l'inoculation de sérum d'animaux immunisés n'entrave pas la marche de la maladie. Pour arriver à temps chez l'homme, il est malheureusement un élément qui manquera toujours : la connaissance de la date exacte de la pénétration du virus. Les injections ont été bien supportées localement, et, après les injections, le sérum des deux malades avait acquis un grand pouvoir prophylactique et thérapeutique vis-à-vis des animaux infectés par le bacille d'Eberth. Cette constatation a une certaine importance au point de vue des théories émises sur la production de l'immunité. Elle n'est guère en faveur de la théorie purement humorale.

M. Legendre, en son nom et en celui de M. Beaussenat, lit une note sur l'*érysipèle et les arthropathies et l'influence de l'érysipèle sur le rhumatisme et la tuberculose*. Sur plus de 400 cas d'érysipèle observés en six mois dans un service de l'hôpital Saint-Antoine, presque exclusivement consacré à cette maladie, six fois seulement des arthropathies se sont montrées à propos de l'infection. Chez ces malades, il est difficile d'affirmer la nature rhumatismale de ces arthralgies, les individus étant indemnes de manifestations rhumatismales antérieures ; de même pour deux myalgies dont une avec œdème des membres inférieurs et purpura, sans albuminurie, ayant cédé au salicylate de soude. Chez deux malades ayant des antécédents rhumatismaux avérés, l'érysipèle, soit bénin, soit grave, a évolué sans rappeler de manifestations rhumatismales. Donc on peut conclure, d'après ces faits, que les arthropathies sont rares au cours et à l'occasion de l'érysipèle de la face ou de l'érysipèle ambulant. Mais alors il s'agit d'arthrites d'une extrême gravité pour lesquelles on ne saurait trop conseiller l'intervention chirurgicale la plus rapide, la plus hardie dès que la ponction a montré la présence du pus dans l'articulation. En ce qui concerne l'action de l'érysipèle sur la tuberculose chez les malades porteurs de lésions un peu avancées, il y a eu accélération ; la plupart des tuberculeux au deuxième degré, atteints d'érysipèle, n'ont pu quitter le service d'isolement et ont succombé presque tous aux progrès de leur tuberculose ou à la généralisation des tubercules.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er février 1893. — Présidence de M. Périer.

M. Picqué présente un travail sur les *abcès sous-dure-mériens*.

M. TUFFIER rapporte une observation de *calcul du cholédoque* dans laquelle on a noté *l'atrophie de la vésicule biliaire.* Il s'agissait d'une femme de 31 ans, atteinte de coliques hépatiques depuis 10 ans, qui, au moment de son entrée à l'hôpital, présentait un ictère persistant, verdâtre. Soignée par un médecin, qui croyait pouvoir faire éliminer le calcul du cholédoque, mais n'y parvint pas, elle dut recourir à la chirurgie par suite de vomissements répétés, d'amaigrissement progressif, etc. Au moment de l'opération, faite le 26 décembre 1892, on trouva au-dessous du foie une masse plus grosse que le poing qui, à l'examen clinique, avait paru être une vésicule dilatée. Et même un instant, ayant constaté du ballottement, on crut avoir affaire à une tumeur du rein. Le diagnostic posé fut : calcul du cholédoque avec distension de la vésicule biliaire. A l'ouverture du ventre, on ne trouva pas d'abord de vésicule, mais une masse irrégulière, placée au-dessous du foie. M. Tuffier avoue qu'il n'aurait pas reconnu la vésicule atrophiée, située au milieu de cette masse, s'il n'avait assisté aux dernières séances de la Société de Chirurgie dans lesquelles on s'est occupé de cette question. En cherchant bien, il découvrit une petite vésicule, ratatinée, grosse comme le petit doigt, blanche, régulière. Il suivit le canal cystique, puis le cholédoque jusqu'au pancréas. A la tête de cet organe, il rencontra une nodosité. C'était un calcul situé à l'embouchure du cholédoque, calcul qui voyageait facilement. M. Tuffier put le ramener dans la vésicule, incisa cette dernière, fit l'extraction du corps étranger en le broyant, et termina la cholécystostomie. Drainage.

Cette observation est intéressante parce qu'elle montre qu'on peut dans certains cas refouler un calcul du cholédoque dans la vésicule et éviter la cholédochotomie, opération sérieuse; et qu'on peut prendre pour une vésicule distendue une masse inflammatoire péricystique. Il est probable même que dans beaucoup d'observations cliniques cette erreur a été commise.

M. ROUTIER. — La malade que j'ai opérée dans des circonstances analogues est désormais complètement guérie.

M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. Haster (de Lyon) ayant trait à un *corps étranger du genou.* M. Haster fit l'extraction du corps étranger, lava l'article au sublimé et draina, parce qu'il avait remarqué qu'un peu d'air avait pénétré dans le genou. Il n'y avait pas d'épanchement dans l'article. La suture fut faite avec un soin minutieux, précautions bien minutieuses, ajoute le rapporteur. L'atrophie musculaire qui existait disparut au bout de peu de temps. M. Chauvel est d'avis que le corps étranger s'est développé lentement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne voit pas la nécessité de laver une articulation, alors même qu'il y rentre de l'air, encore moins de drainer. Quand on fait une arthrotomie, l'air pénètre toujours.

M. CHAUVEL. — Quand on enlève un corps étranger d'une jointure, on ne fait qu'une petite incision et l'air peut ne pas pénétrer.

M. TERRIER. — Je conclus que M. Haster a eu peur d'ouvrir le genou, qu'il a eu une mauvaise idée en lavant au sublimé et j'appuie les remarques de M. Championnière.

M. CHAUVEL. — En effet, M. Haster aurait pu s'abstenir d'un lavage, puisque l'articulation ne contenait ni sang, ni liquide.

M. CHERVIN (de Paris) lit un travail sur la nécessité des exercices *orthophoniques après les opérations sur le palais.*

M. LEJARS lit une observation de *luxation ancienne du coude opérée* et présente le malade qui a subi l'opération.

M. GUELLIOT (Reims) lit une note sur la *... des nerfs* et présente une pièce anatomique.

M. LAGRANGE (Bordeaux) présente deux instruments nouveaux (une *curette* de Volkmann modifiée et pourvue sur sa face convexe d'une série de dents de dimensions ... ; un *écarteur à manche creux*, servant d'irrigateur) pour le traitement de l'ophtalmie granuleuse.

M. le Dr TURGIS lit une observation ayant trait à des *hémorrhagies périodiques (menstruelles)* se produisant *au niveau d'une plaie de la région inguinale.*

M. GUINARD présente une *pièce de ... des tendons.*

M. ROUTIER montre des pièces de *grossesse extra-utérine.*

M. MONOD présente des pièces provenant d'une *gastro-entérostomie* pratiquée chez un homme atteint d'un *ulcère de l'estomac cicatrisé et de gastrite chronique avec dilatation stomacale* (1).

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 26 janvier. — PRÉSIDENCE DE M. DE BEAUVAIS.

Action de l'iode dans le traitement de la tuberculose.

M. CADIER a traité, à l'asile de Villepinte, un certain nombre de tuberculeux par l'iode, à raison de 10 à 40 centigrammes par jour. Ces malades étaient atteints d'une façon plus ou moins sérieuse, mais correspondant aux premier et deuxième degrés des auteurs. Sous l'influence de l'iode on put constater, au début, une période congestive où les signes pulmonaires, toux et expectoration, s'exaspérèrent, mais après 4 ou 5 jours les symptômes s'amendaient et l'on pouvait trouver les effets généraux de l'iode sur la nutrition. L'appétit se relevait avec les forces et les sujets jeunes engraissaient, tandis que les malades adipeux maigrissaient. Cette contradiction est d'apparence paradoxale, mais elle est facilement expliquée par ce que l'on connaît de la pharmaco-dynamique de l'iode. On sait, en effet, que ce médicament favorise les oxydations, d'où sa tendance à faire disparaître la graisse ; par contre, cette même action excitante de la nutrition favorise la vie cellulaire, d'où augmentation de poids chez les sujets jeunes qui n'ont pas encore de tissu adipeux.

De la fréquence de la rougeole chez un même sujet.

M. DUCHESNE cite l'observation d'un homme de 42 ans qui, en deux ans, a eu trois attaques de rougeole bien caractérisée. Tous les phénomènes typiques de cette maladie ont été relevés chez ce malade. C'est là certainement un cas exceptionnel qui n'a pas dû être relevé bien souvent ; il est à remarquer que divers auteurs, entre autres M. G. Sée, se sont refusés à admettre la possibilité de la récidive pour la rougeole.

M. CARRON DE LA CARRIÈRE. — On a certainement raison de ne pas accepter facilement les cas de récidive, surtout pour la rougeole, car la *rubéole* risque souvent d'être confondue avec la première, comme chacun le sait. Mais c'est surtout quand on note un aussi court intervalle entre les attaques qu'il faut être réservé. Il est à remarquer qu'on cite moins souvent la fréquence des récidives de la scarlatine, en raison sans doute de la plus grande netteté des symptômes de cette dernière affection.

M. DIGNAT. — La scarlatine, comme toutes les maladies éruptives, peut se montrer plusieurs fois et je puis citer plusieurs cas très nets. Quant à la rougeole, je puis confirmer le cas de M. Duchesne en citant l'observation d'un enfant qui, à onze mois d'intervalle, a eu deux attaques de rougeole et dont l'ensemble caractéristique de cette maladie a été relevé : troubles oculaires, fièvre, signes pulmonaires, éruption. Il est trop facile de venir avancer que l'on fait une erreur dans l'appréciation des récidives des maladies infectieuses, car, pour la scarlatine et la rougeole, par exemple, le doute ne peut être permis que quand il s'agit de cas frustes. Ceux dont je viens de parler étaient au contraire des plus nets.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 19 janvier 1893. — PRÉSIDENCE DE M. SALMON.

M. A. DE MORTILLET présente et commente la récolte en *objets préhistoriques* qu'a faite M. Humbert sur les *côtes du Finistère.* Ces objets proviennent d'un gisement situé près de Penmarch à la pointe dite « de la torche ». Il y a là d'innombrables débris de silex, des silex, des restes de poteries, amas de coquilles, vertèbres de poissons, palourdes, huîtres, etc. (L'huître a disparu actuellement de cette région). Ce sont de véritables Kjoekenmoeddings dont la présence indique celle d'une population pauvre, vivant des produits de la mer ; l'endroit était un refuge, ce qui explique encore l'insignifiance de la plupart des vestiges, qui, du reste, n'appartiennent pas tous à la même époque. Il y avait là cependant des ateliers de silex. Les outils sont très petits et roulés, certains éclats très régu-

(1) Voir *Progrès médical*, juillet 1892 et janvier 1893, et *Bull. prov. de Chirurgie*, janvier 1893.

liers pouvaient servir de racloirs. Les sépultures découvertes par M. Humbert se trouvent à la surface des kjoekenmoedings et sont par conséquent postérieures, contrairement à l'opinion de M. Duchatelier. Au reste, la faune de ce gisement mérite d'être étudiée en détail. Il y aurait, dit M. de Baye, à ce propos, grand intérêt à la comparer avec celle des kjoekenmoedings du Danemark.

M. A. de Mortillet présente également des objets appartenant au *mobilier funéraire de tombes* déjà soupçonnées *gauloises d'Argenteuil*, explorées par M. Bouchy. On a trouvé là, outre les poteries gauloises, dans une tombe de guerrier à 80 ctm. de profondeur seulement, un armement entier en fer : grande épée à 2 tranchants, fourreau en fer, lance de 30 ctm. de longueur de la forme ordinaire de celles que contiennent les tombes gauloises de la Marne. Le mode d'attache s'obtient ici à l'aide d'un anneau fixateur. On espère trouver des tombes plus riches encore.

M. Viré fait une communication sur *l'ethnographie des Kabyles du Djurdjura*, d'après ses notes de voyage. L'absence dans la région de tout objet de bronze ou en pierre, ferait conclure à l'absence de population à l'époque préhistorique. Ces Kabyles sont un mélange de race brune et de race blonde ; on trouve même des types roux. La différence de taille entre les deux serait à peine de 1 ctm. La première a surtout le nez long et mince, tandis que la blonde l'a court et large. M. Viré décrit successivement l'habitation, le mobilier, la nourriture, et donne quelques indications sur les rites funéraires et l'agriculture.

M. Letourneau présente une collection variée d'*objets préhistoriques* que M. Lombart a recueillis dans le delta du Mékong où ces objets sont très répandus. La forme prédominante est celle des hachettes, ébauchées plutôt, semble-t-il, que finies
M. G. de Mortillet fait remarquer que la roche constituante qui paraît tendre est la même que celle qu'on trouve à Belfort : un schiste siliceux s'attendrissant à l'air.

M. Letourneau, désireux de susciter l'étude comparée des *caractères gravés sur les mégalithes*, s'est proposé de relever dans les vieux alphabets connus, ceux des caractères dont la forme se rapproche le plus de celle qu'on remarque dans les inscriptions mégalithiques et notamment dans l'inscription relevée par M. de Closmadeuc sur la pierre dite « des marchands » de Loc Kmariaker. Il trouve, à ce propos, des analogies de forme diverses de certains signes avec des lettres des alphabets canarien, étrusque, osque, celtibérien, numidique, cophte, berbère, etc. Ces ressemblances sont surtout frappantes pour les caractères berbères. Certains de ces signes mégalithiques sont très répandus dans diverses régions : tel le signe crosse qui paraîtrait ornemental sur la pierre des marchands; tel encore le signe cruciforme, le suastica, si anciennement répandu. Dans l'idée de M. Letourneau, nous nous trouvons probablement en présence de caractères alphabétiques, qu'il serait fort désirable de voir déchiffrés.

M. A. Mortillet ne partage pas l'opinion de M. Letourneau. Il voit plutôt dans ces signes, des figures plus ou moins dégradées et non des lettres alphabétiques. Nous avons à faire à des gravures sur matière très dure, le granite, dans lesquelles il est tout d'abord difficile de faire la part de l'accident et de l'intention. En Scandinavie, sur des monuments de la même époque, ces signes sont beaucoup plus finement engravés non seulement sur des monuments, mais sur des objets en métal où l'intention de l'artiste devient moins incertaine. Le caractère cupuliforme de chez nous peut très bien être une forme dégradée de la représentation scandinave, si fréquente et si nette, d'un bateau monté par des guerriers ou de simples figurines indiquées au trait. Les dessins des dolmens chez nous paraissent être plutôt des signes dégradés, de décadence, reproduits imparfaitement par des artistes peu habiles d'après des modèles mieux exécutés ailleurs, en Scandinavie par exemple où nous en devons chercher le sens avant de le trouver sur nos dolmens.

M. A. Lefèvre indique une filiation et une transmission de caractères idéographiques, plus alphabétiques, possible depuis les anciens Egyptiens qui connaissaient l'alphabet bien avant notre époque du bronze. Les Phéniciens l'ont perfectionné et les Grecs l'ont transmis aux Etrusques, etc. Il n'est pas possible que les Egyptiens aient transmis, par les Berbères, etc., des caractères alphabétiques aux côtes de l'Europe et que, dans ce passage, ces caractères se soient dégradés.

M. Hervé fait remarquer la relation très probable qui existe entre les constructions dolmeniques de Scandinavie et celles du Morbihan.

M. Hovelacque estime que la contemporanéité du monument et de l'inscription n'est pas démontrée. Il se pourrait encore que tel navigateur phénicien, punique, rencontrant sur la côte un monument appelant l'attention, eût eu l'idée de l'engraver, d'autant plus qu'on ne trouve ces inscriptions que dans le voisinage des côtes. G. Capus.

REVUE DE CHIRURGIE

I. — **Clinique chirurgicale** ; par A. Richet. — J.-B. Baillière, éditeur, 1893, Paris.

II. — **Observation d'un athérome sous-cutané du creux palmaire et considérations sur la valeur systématique de l'athérome sous-cutané ou kyste épidermoïde** ; par E. Kummer (de Genève), privat docent de chirurgie, chirurgien de l'hôpital Butini (*Arch. Prov. de Chirurgie*, n° 5, 1892).

III. — **De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la dure-mère : une observation** ; par H. Delagénière (du Mans), ancien interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant de la Société de Chirurgie. (*Arch. Prov. de Chirurgie*, février 1893).

IV. — **Etudes de clinique chirurgicale** (année 1890-1891) ; par A. Le Dentu. — G. Masson, éditeur, 1892. Paris.

I. — M. Ch. Richet et M. A. Blum ont colligé, ces temps derniers, les leçons de M. A. Richet et les ont réunies en un volume de plus de 600 pages. Comme le dit le fils du regretté professeur dans la préface de cet ouvrage, ce livre ne peut donner qu'un bien faible aperçu de l'enseignement du chirurgien qui passa successivement de la Clinique à la Pitié, puis de la Pitié à l'Hôtel-Dieu; mais quelques-uns des chapitres ont cependant été rédigés par le maître lui-même. Ils sont précédés par une belle étude sur l'histoire de la chirurgie, datant de 1865. Signalons les leçons sur la scapulalgie, question à laquelle M. A. Richet s'intéressait tout particulièrement. La plupart des autres, en raison de la date à laquelle elles remontent, n'ont guère qu'un intérêt historique ; mais ce sont pourtant des documents qu'on aurait eu grand tort de laisser perdre : les faits sont toujours les faits.

Il serait fastidieux d'énumérer les têtes de chapitres de ce volume, consacré par un fils et un élève à une chère mémoire ; aussi bornons-nous à ces quelques mots de notre analyse, sans insister même sur le soin avec lequel cette édition a été faite. C'est là, certes, un livre que les étudiants n'achèteront point ; mais, pour l'historien, pour le chirurgien instruit et pour les nombreux médecins qui furent les auditeurs de A. Richet, il demeure un document d'airain, qu'on relira avec intérêt et avec plaisir, en se reportant à l'époque déjà lointaine où la chirurgie moderne n'existait pas ! Quelle différence avec nos interventions de demain ! Quel chemin parcouru en quinze ans ! Il fait bon vivre dans ce siècle, quand on s'intéresse aux choses de la Chirurgie !

II. — Il ressort de l'étude de la très intéressante observation publiée par M. Kummer, avec photographie à l'appui, que les kystes sébacés, athéromes sous-cutanés du creux palmaire, n'étant pas des kystes par rétention, doivent être considérés comme de véritables *néoplasmes*. Ce sont des *kystomes provenant d'une inclusion d'épiderme probablement congénitale*. Pour les kystes sébacés sous-cutanés, en général, de nouvelles recherches démontreront s'ils reconnaissent la même origine : ce qui paraît fort probable. S'il en est ainsi, les athéromes, loupes, se rattacheraient, au point de vue de la pathogénie, aux kystes sébacés profonds et il faudrait les ranger ensemble dans la première catégorie de Lebert des kystes dermoïdes. On leur donnera rationnellement le nom de *kystes épidermoïdes*. Quant aux kystes sébacés situés dans la peau même, ils peuvent provenir soit d'une rétention, soit d'une inclusion.

III. — De l'ensemble du travail de notre ami H. Delagénière, on doit tirer les conclusions suivantes : Les tumeurs perforantes du crâne, quelle que soit leur nature, ont une évolution spéciale. Dans la majorité des cas, elles naissent de la face externe de la dure-mère, décollent cette membrane des os du crâne, perforent ensuite le crâne pour s'étaler sous les téguments qu'elles finissent par perforer également. Au point de vue anatomique, on peut leur considérer un pédicule ou base avec une portion intracranienne réfléchie, un collet qui répond à l'ouverture du crâne, et une portion sous-tégumentaire intracranienne. Au point de vue chirurgical, ces tumeurs sont des tumeurs pédiculées dont le pédicule est implanté sur une portion de la dure-mère, de sorte qu'en enlevant cette portion à la dure-mère la tumeur se trouve enlevée dans sa totalité. Pour faire cette opération, il faut : découvrir la portion extracranienne de la tumeur par une vaste incision en U, puis réséquer cette portion extracranienne ; agrandir l'ouverture du crâne jusqu'aux limites du décollement de la dure-mère ; extirper par morcellement toute la tumeur mise à nu ; enfin réséquer toute la portion de la dure-mère qui a été décollée. Ces règles opératoires ont été appliquées avec un plein succès dans l'observation de sarcome angiolithique que M. Delagénière a rapportée avec tous ses détails dans ce travail et qui est accompagnée de deux belles photographies du malade et de l'opéré.

IV. — M. le Pr Le Dentu offre au public le 1er volume des leçons cliniques qu'il fait, à l'Hôpital Necker, comme professeur de la Faculté. Il est lancé, dit-il, sur une route où il vient de terminer sa première étape et le résultat de cette marche résolue est la publication que nous présentons à nos lecteurs. Ce maître distingué espère fournir plusieurs étapes semblables. Nous suivrons les péripéties de ce voyage avec un intérêt croissant.

Ce premier volume renferme d'abord une leçon d'ouverture et une statistique raisonnée des opérations pratiquées dans le service en 1890-91, basée sur un total de 102 cas avec 7 morts. Il suffit de comparer ces chiffres avec ceux publiés, la même année, par M. Terrier, pour voir que les hôpitaux excentriques sont beaucoup plus favorisés comme nombre d'opérations, sinon comme pourcentage général des guérisons ou des décès. Sans insister sur les leçons déjà parues dans les journaux, mentionnons celles qui ont trait aux tuberculoses externes, à l'origine parasitaire du cancer, aux sarcomes hématiques des parties molles des os, aux tumeurs des ganglions lymphatiques, à la méningo-encéphalite, à quelques affections nasales, au sarcome alvéolaire de la parotide, aux suppurations de la main, au traitement des salpingites par la dilatation, etc., etc. Une troisième partie est consacrée à une série de faits cliniques, où se trouvent nombre d'observations intéressantes. Nous y renvoyons le lecteur.

Une quarantaine de dessins soignés illustrent ce livre, où la photographie ne joue pas encore tout le rôle auquel elle a droit, malgré les progrès récents de la photogravure à la demi-teinte. Aussi bien est-ce un volume d'impression parfaite, qui se signale par des qualités matérielles dignes de remarque. Il fait honneur à la maison d'éditions d'où il sort.

Marcel BAUDOUIN.

REVUE DE DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

I. — **Traité des affections vénériennes**, par LESSER traduction de BAYET. Masson, 1892.

II. — **Phtiriase des paupières** ; par JULLIEN Tirage à part du *Bulletin de la Société de Dermatologie*

III. — **Traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique** ; par JULLIEN Tirage à part de la *Gazette des Hôpitaux* mars 1892.

IV. — **Prophylaxie des affections syphilitiques et vénériennes** ; par Menno HUIZINGA. — Bruxelles, Manceaux, 1891.

V. — **Sensibilitats-Anomalien bei Lepra**, par H. SCHLESINGER. — Tirage à part du *Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1892.

I. — L'éloge du traité du Pr Lesser, de Leipzig, n'est plus à faire. Il en est à sa quatrième édition, et c'est sur cette dernière qu'est faite la traduction que nous donne le Dr Bayet, de Bruxelles. L'ouvrage est divisé en trois parties : dans la première, l'auteur s'occupe de la blennorrhagie ; dans la seconde, du chancre mou ; dans la troisième, de la syphilis. Cette dernière est la plus étendue et elle constitue une monographie très complète de la syphilis. Les différents chapitres peuvent être consultés avec fruit, mais il en est quelques-uns qui sont plus particulièrement intéressants. De ce nombre sont les chapitres sur l'évolution de la syphilis, sur la syphilis maligne, que l'auteur désigne sous le nom de syphilis galopante, sur la syphilis héréditaire et surtout sur le traitement de la syphilis. C'est là une des parties les plus soignées, où l'on reconnait la haute compétence de M. Lesser. Ce chapitre est divisé en six paragraphes dans lesquels l'auteur s'occupe du traitement du chancre, du traitement général, du traitement local des syphilides, de la façon de traiter un syphilitique, du traitement de la syphilis héréditaire, de la prophylaxie de la syphilis. Un appendice formulaire termine cet intéressant ouvrage pour la traduction duquel on ne saurait trop remercier le Dr Bayet.

II. — C'est la communication *in extenso* de M. le Dr Jullien à la Société de Dermatologie au mois de décembre 1890, et que le *Progrès médical* a signalée à l'époque. Cette communication constitue une monographie de cette localisation de la phtiriase : rappelons qu'elle a été le point de départ de communications analogues qui permettent d'écrire l'histoire de la phtiriase palpébrale.

III. — M. Jullien, partisan des injections mercurielles sous-cutanées dans le traitement de la syphilis, a expérimenté diverses préparations et notamment la succinimide mercurique employée pour la première fois par Vollert. Il injecte de 1 à 2 milligrammes et demi : la solution de 0,20 centigr. pour 100 gr. d'eau distillée correspond à 2 milligr. par seringue et est employée communément. Chaque malade reçoit en moyenne vingt-deux injections, soit vingt-deux jours de traitement, pour faire disparaître, dans la majorité des cas, les phénomènes locaux de la syphilis. Tout en reconnaissant que les préparations insolubles constituent le procédé de choix dans le traitement de la syphilis par la méthode des injections, M. Jullien ne les emploie que si les émonctoires sont indemnes, car, s'il en était autrement, la provision de mercure injectée pourrait devenir nuisible à l'économie. Comme préparation insoluble, il donne la préférence au calomel. Si la moindre trace d'albumine est décelée, il se sert d'un sel soluble, de la succinimide mercurique, que l'on injecte quotidiennement par petites doses et que l'on peut interrompre au moindre signe d'intolérance.

IV. — C'est une thèse nouvelle et un peu hardie que défend l'auteur qui ne croit pas à l'utilité hygiénique de la réglementation de la prostitution, qui pense même que l'expérience faite n'a pas démontré cette utilité. Que faut-il donc faire pour éviter la diffusion de la syphilis, corollaire de cette prostitution ? Etablir une sorte de mariage officieux entre deux individus qui auront commerce sexuel. « Chacune des parties engagées par ce contrat aura le droit d'exiger que, durant l'existence du lien juridique, l'autre partie, quant à la vie sexuelle, lui appartiendra entièrement, à l'exclusion de toute autre personne. L'homme, aussi bien que la femme, aura donc le droit de porter une plainte à cause de rupture du contrat contre celle des deux parties qui se sera rendue coupable de cohabitation avec une tierce personne.» Je doute fort de l'adoption de cette mesure prophylactique de la syphilis, qui réserverait, en tout cas, de beaux jours à nos avocats. J'aime mieux la première conclusion de M. Huizinga : la propagation des connaissances des maladies vénériennes parmi les médecins et de la conviction de leur caractère dangereux dans le public ; amélioration des mesures d'hygiène privée ; et je lui abandonne la seconde : institution d'une obligation légale entre tel homme et telle femme qui seront convaincus d'avoir eu commerce sexuel. Abolition de toutes les dispositions administratives qui sanctionnent la prostitution comme un métier.

V. — Je résumerai, avec l'auteur, de la façon suivante, cet important travail : parmi les troubles de la sensibilité qui se manifestent par une diminution symétrique des sensations, on note des troubles du tact, de la douleur, de la température, de la position en diverses combinaisons. Ces paralysies par-

tielles se montrent, en général, par places plus ou moins étendues. Il faut aussi noter des sensations douloureuses, une perversion du sens de la température, des paresthésies, des douleurs lancinantes, surtout au début de la maladie; de l'hyperesthésies et de l'hyperalgésie qui entourent les parties malades. La sensibilité profonde est pourtant intacte. Les recherches sur la lèpre montrent que des paralysies partielles de la sensibilité, paralysies typiques, peuvent être produites par des lésions périphériques des nerfs. Paul RAYMOND.

CORRESPONDANCE

Le recrutement des Médecins militaires.

27 janvier 1893.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi d'ajouter quelques mots à l'article de M. le Dr X..., sur « le recrutement des Médecins militaires, » publié par le *Progrès médical*, nº 3 du 21 janvier. M. le Dr X... propose, comme atténuation à certains inconvénients de l'organisation du Service de santé, d'appeler les étudiants en médecine pour une année de service en qualité de *Médecins de réserve*, au lieu de leur faire faire une année de service comme simples soldats. Une note de la Rédaction ajoute : Voilà la vraie solution, la seule, l'unique. — Examinons cette solution.

Mais d'abord mettons au point la question des internes et de la thèse. La loi sur le recrutement n'a rien à y voir. Si les internes prolongent leurs études au delà de la cinquième année, c'est par leur bon plaisir et dans un intérêt personnel, où la science y trouve sans contredit aussi le sien (1). Ils savent à quoi ils s'exposent en cas de mobilisation; on ne peut faire dans la loi une exception pour eux, à moins d'en faire autant pour les étudiants en médecine qui, par cas de force majeure, une maladie contractée dans le service hospitalier, etc., etc., n'ont pu terminer leurs études après la cinquième année. — Cherchons autre chose.

On ne peut pas faire *médecin de réserve*, sans doute aide-major de 2e classe, un étudiant en médecine de première année. Quelle ancienneté d'études faudrait-il exiger ?

Les officiers de santé sont appelés comme médecins auxiliaires. Ils remplissent, dans les régiments et les hôpitaux, les fonctions d'aide-major que justifie, du reste, leur pratique médicale dans les campagnes. Ces médecins auxiliaires n'ont, dans l'armée, qu'une position subalterne, peut-être pas équivalente à leur situation dans la vie sociale ; ils possèdent seize inscriptions ; ils ont passé quatre examens et fait jusqu'à ce niveau les mêmes études et un stage hospitalier plus long que les étudiants visant le doctorat.

Or donc, si les *étudiants* en médecine sont appelés comme médecins de réserve, c'est-à-dire aides-majors de 2e classe, on est forcé de prendre, pour base d'ancienneté d'études, quatre années accomplies de médecine et de supprimer le titre de médecin auxiliaire. Le grade d'*aide-major de 1re classe* serait alors réservé comme un apanage au doctorat, et, de fil en aiguille, on est obligé de donner aux stagiaires du Val-de-Grâce le grade d'aide-major de 2e classe, par analogie avec les élèves de Fontainebleau, afin qu'ils entrent en qualité d'aides-majors de 1re classe dans l'armée, où ils vont se trouver en contact avec des étudiants en médecine servant comme médecins de réserve.

Ce ne serait pas une trop grande faveur, car les élèves de l'École centrale, de l'École polytechnique et de Saint-Cyr sont *lieutenants* après trois ou quatre ans, tandis que les élèves des Facultés de médecine mettraient un minimum de cinq années révolues. Aujourd'hui il faut sept ans aux élèves du Val-de-Grâce pour atteindre ce grade. La part n'est pas égale entre les diverses Écoles de l'État, surtout si l'on considère la somme de travail exigée (2).

(1) Ce qui prouve, une fois de plus, qu'il faut permettre aux internes de passer leur thèse quand ils le voudront. Combien de temps faudra-t-il répéter tout cela ? Qu'on supprime la thèse ! (M. B.).

(2) Voilà qui est parfait et nous applaudissons des deux mains. (M. B.).

Autre question. — Chaque année on appelle un certain nombre de médecins de réserve et de la territoriale pour une période de 28 et de 13 jours. Ces médecins emploient ce temps à écouter des conférences, à voir le matériel, le plus souvent démodé, etc., etc. Il serait plus instructif et moins onéreux pour eux, en raison de la saison, de les appeler *tous* exclusivement pendant la période des grandes manœuvres. Ils apprendraient mieux, d'une manière plus profitable et plus durable, le Service de santé en campagne, qui est précisément l'unique but de ces appels. Ils *pratiqueraient* en station, en marche et au combat ; ils apprendraient à connaître les multiples détails de chacune de ces situations qu'occupent alternativement les troupes en campagne ; la place des médecins dans les colonnes, dans les lignes, en marche et en manœuvre ; leurs rapports avec le commandement; leurs obligations si diverses et si imprévues, etc., etc. De cette manière, au jour de la mobilisation, ils ne seraient pas étrangers au Service de santé en campagne, qu'ils n'auront appris, suivant notre éternelle habitude, que *théoriquement* et non *pratiquement*. Dr Y.

VARIA

Les Fêtes universitaires de Bordeaux.

Les grandes fêtes universitaires, organisées à l'occasion de l'inauguration de l'Hôtel des Étudiants, à Bordeaux, ont commencé par un *banquet* de six cents couverts offert à M. Liard, directeur de l'Enseignement supérieur, envoyé du Gouvernement, par la Société « les Amis de l'Université. » Y assistaient, entre autres : le préfet, le maire, le recteur, tous les professeurs des Facultés, ceux de l'École de santé navale, près de cinq cents étudiants, parmi lesquels une centaine de délégués venus de Paris, de Lille, Nancy, Caen, Nantes, Poitiers, Dijon, Besançon, Grenoble, Marseille, Aix, Montpellier, Toulouse, Montauban et pour la réception desquels le Conseil municipal avait voté la veille une subvention de 3,000 francs.

Au dessert, le préfet a porté un toast au président de la République ; M. Samazeuilh, président de la Société des Amis de l'Université, a bu à M. Liard ; M. Couat, recteur, a rappelé les progrès auxquels le nom de M. Liard est attaché. Puis le directeur de l'Enseignement supérieur a prononcé un long discours, qui a été un plaidoyer en faveur de la création des *Universités provinciales*. Il a dit qu'il n'y a aucune raison de désespérer de cette création, et que le temps d'arrêt que l'on subit en ce moment n'est pas un arrêt de mort. M. Liard exprime toute sa confiance dans l'avenir des Universités provinciales, dont le ministre actuel est resté, dit-il, un des plus chauds partisans, et il termine en levant son verre à la Société des Amis de l'Université de Bordeaux, à l'Association des Étudiants et au corps des professeurs, « ces trois choses qui forment le trépied vital de la future Université de Bordeaux. » — *M. Liard devrait bien s'intéresser, par suite, à toutes les tentatives faites dans le but de donner plus de relief et d'importance à ces futures Universités.* Mais on ne peut pas songer à tout !

A l'issue du banquet, les étudiants, prenant chacun un long bâton surmonté de lanternes vénitiennes, ont formé un immense monôme qui, précédé d'un peloton de gardes municipaux à cheval et d'une musique, et éclairé à chaque instant par des feux de Bengale, a parcouru les principales voies de la ville.

Le lendemain, a eu lieu une *matinée artistique et littéraire* donnée au Grand-Théâtre et dont les étudiants ont fait presque tous les frais. Dans la soirée a eu lieu la *cérémonie officielle* d'inauguration de l'Hôtel des Étudiants.

Le recteur a fait l'éloge de l'Association des étudiants : il a conseillé aux étudiants d'être des hommes d'action en même temps que des hommes de science. Le président de l'Association des étudiants d'Aix a fait ressortir tout ce que l'idée des associations d'étudiants contient de fécond.

Le président de la délégation de Paris a fait part également d'une idée déjà émise au sein de quelques associations : il s'agit de créer une fédération entre tous les étudiants de France, une *Union des Associations*, comme il y a une Union des Syndicats médicaux.

Puis M. Liard a constaté que les fêtes sont un symptôme du changement qui s'opère dans les mœurs universitaires. Il a remercié les étudiants de l'adhésion qu'ils apportent à ceux qui défendent la cause des Universités provinciales. Cette adhésion existe dans le fait seul de voir les étudiants s'unir et vivre d'une vie commune. M. Liard termine en recommandant à ses jeunes auditeurs de toujours se laisser guider par le devoir, qui est la plus haute forme de la raison.

Un punch, offert dans le nouvel hôtel de l'Association, splendidement décoré et illuminé, a terminé cette deuxième journée.

Le jour suivant, *excursion* en bateau à vapeur sur la Garonne et la Gironde, visite de la ville de Blaye et déjeuner à Bourg sur la Dordogne. Le soir, enfin, pour terminer la série des fêtes, *grand bal masqué* de charité donné, comme chaque année, au Grand-Théâtre, par les étudiants de Bordeaux. M. B.

Faculté de médecine de Paris.

(Année scolaire 1892-93).

Ecole pratique.

Médecine opératoire, sous la direction de M. P. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le jeudi 16 mars 1893. — Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, tous les jours, de 1 heure à 4 heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les *élèves docteurs* de 4e année et pour les *élèves officiers de santé* de 3e et de 4e année.

Pour prendre la 16e inscription, les étudiants pour le doctorat doivent avoir pris part à ces exercices. Les 12e et 16e inscriptions seront délivrées à la même condition aux étudiants pour l'officiat.

Les *étudiants pourvus de 16 inscriptions*, les *docteurs français et étrangers* peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° *Les élèves docteurs de 4e année et les élèves officiers de santé de 3e et de 4e année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier* 1893 (*14e inscription de doctorat* ; *10e et 14e inscriptions d'officiat*).

2° Les élèves pourvus de 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du Doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités, les élèves ayant 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du Doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1892-93 : Ces élèves seront inscrits sur présentation de la quittanche à souche, constatant le paiement des droits règlementaires (40 fr.).

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 h., du 6 février au 4 mars. — Après cette date, nul ne pourra être admis. — Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants.

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des étudiants reçus Docteurs en médecine pendant le mois de janvier. (Année scolaire 1892-1893).

Le Hénaff. *Etiologie des maladies des voies lacrymales.* — Aubert. *Contribution à l'étude des érythèmes de la région fessière chez les enfants en bas âge.* — Noblet. *De l'ictus émotionnel dans la pathogénie des affections cardiaques.* — Nègre. *De l'hydrorrhée dans les fibromes utérins.* — Dufilh. *Complications articulaires des amygdales aiguës.* — Duffau-Lagarrosse. *De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse.* — Traonouez. *Contribution à l'étude du traitement des varices des membres inférieurs et de leurs complications par la compression. Supériorité de la compression par une bande élastique.* — Nouailles. *Contribution à l'étude du traitement chirurgical des appendicites.* — Poumayrac. *Etude sur les hypertrichoses.* — Brugère. *Contribution à l'étude des pseudo-méningites hystériques (symptomatologie et diagnostic).* — Mesny. *Contribution à l'étude de l'histologie et de l'étiologie du liseré de Burton.* — Jourdran. *Des principales formes de septicémie puerpérale observées dans le service d'isolement de la Maternité de Pellegrin et de leur traitement.* — Hernandez. *Contribution à l'étude de la mort apparente.* — Lairac. *Des rapports de la menstruation avec les états morbides à l'époque de la première éruption des règles.* — Carbonel. *Du traitement des métrites par le chlorure de zinc en solution.*

Collége de France.

Premier semestre 1892-93.

Messieurs les docteurs et professeurs ont ouvert leurs cours le lundi 5 décembre 1892.

Physique générale et mathématique. — M. Bertrand, Membre de l'Institut, Académie française et Académie des Sciences, professeur. M. Marcel Deprez, Membre de l'Institut, Académie des Sciences, suppléant, traitera des *Applications de la thermodynamique*, les mercredis et samedis, à quatre heures et demie.

Physique générale et expérimentale. — M. Mascart, Membre de l'Institut, Académie des Sciences, traitera de l'*Electricité*, les mardis et samedis, à dix heures et demie.

Chimie minérale. — M. P. Schutzenberger, Membre de l'Institut, Académie des Sciences, traitera diverses questions d'*Analyse et de chimie générale*, notamment des *Relations entre les propriétés des corps et leur constitution chimique*, les mercredis et samedis, à dix heures et demie.

Chimie organique. — M. Berthelot, Membre de l'Institut, Académie des Sciences, traitera de la *Thermochimie*, les lundis et vendredis, à dix heures et demie.

Médecine. — M. Brown-Séquard, Membre de l'Institut, Académie des Sciences, professeur. M. D'Arsonval, suppléant, étudiera l'*Action physiologique et pathogénique des principaux agents physiques*, les mercredis et vendredis, à quatre heures et demie.

Histoire naturelle des corps inorganiques. — M. Fouqué, Membre de l'Institut, Académie des Sciences, exposera et commentera les *Principaux ouvrages récents des pétrographes américains*, les lundis et jeudis, à neuf heures.

Histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, Membre de l'Institut, Académie des Sciences, professeur. M. François-Franck, suppléant, traitera de l'*Influence comparative du système nerveux et des poisons organiques sur les vaisseaux sanguins*, les mercredis et vendredis, à trois heures et demie.

Embryogénie comparée. — M. Balbiani, professeur. M. Henneguy, remplaçant, traitera des *Fonctions et du développement des organes reproducteurs chez les vertébrés*, les mercredis et samedis, à deux heures.

Anatomie générale. — M. Ranvier, Membre de l'Institut, Académie des sciences, traitera du *Système lymphatique*, les mercredis et vendredis, à cinq heures.

Psychologie expérimentale et comparée. — M. Th. Ribot étudiera, les lundis, à trois heures un quart, la *Psychologie des sentiments* ; les jeudis, à la même heure, les *Images et l'imagination active*.

Histoire générale des sciences. — M. Pierre Laffitte traitera de la *Théorie de la Science abstraite* et de *l'Evolution mathématique de l'astronomie en Grèce*, les mardis, à une heure et demie, et les samedis, à deux heures.

Absence congénitale du pénis.

Raüber (*Archives de Virchow*, 1892) a rencontré ce cas par hasard. Le malade, âgé de 38 ans, était à cette époque en traitement pour des douleurs internes. Les testicules étaient normaux ; on pouvait suivre les cordons spermatiques jusqu'au canal inguinal ; l'urèthre s'ouvrait dans la cloison antérieure du rectum. L'irritation causée par l'urine occasionnait de fréquentes sensations de brûlure dans l'intestin. A un autre point de vue, le malade était normal et d'apparence masculine. Il éprouvait parfois de l'excitation sexuelle, suivie d'une sensation de chatouillement dans le rectum, accompagnée d'éjaculation.

Les noms scientifiques de quelques produits nouveaux employés en médecine.

NOMS USUELS.	NOMS SCIENTIFIQUES.
Antipyrine / Analgésine	Phényldiméthylpyrazoline.
Antifébrine	Phénylacétamide ou acétanilide.
Antinervine	Salicylbromanilide.
Antisepsine	Paramonobromophénylacétamide.
Antiseptol	Iodosulfate de cinchonine.
Anisol	Phénate de méthyle.
Aristol / Annidaline	Iodothymol.
Bétol / Naphtalol	Salicylate de bétanaphtol.
Bromol	Phénol tribomé.
Créoline	Préparation à base de crésol.
Crésalol	Salicylate de paracrésol.
Exalgine	Méthylphénylacétamide.
Hypnal	Combinaison de chloral et d'antipyrine.
Iodol	Tétraiodopyrrol.
Iodopyrine	Iodantipyrine.
Orexine	Chlorhydrate de phényldihydroquinazoline.
Phénéthol	Phénate d'éthyle.
Primuline	Thioparatoluidinesulfonate de soude.
Saccharine (1)	Anhydride orthosulfamidobenzoïque.
Salol	Salicylate de phényle.
Salophène	Acétylparamidosalol.
Salipyrine	Salicylate d'antipyrine.
Sulfonal	Diéthylsulfondiméthyléthane.

(1) Sucrant 300 fois plus que le sucre ordinaire

Eloge d'Ulysse TRÉLAT (*Suite*) (1).

Par M. CH. MONOD, Secrétaire général de la *Société de Chirurgie*.

Rappellerai-je, à cet égard, son heureuse intervention dans la question de *la cure radicale des hernies?* Vous n'avez pas oublié comment, en une formule qui fit fortune, il résumait la ligne de conduite qu'il avait adoptée et qu'il préconisait: « Toute hernie, disait-il, qui n'est pas complètement, constamment et facilement contenue par un bandage, doit être opérée. » On ne pouvait mieux dire et en moins de mots.

C'est à lui que l'on doit aussi une bonne connaissance des indications et des règles de la *staphylorrhaphie*, un de ses sujets de prédilection. L'âge auquel l'opération peut et doit être entreprise, les soins antérieurs et consécutifs, la nécessité d'imposer au malade, avant comme après l'intervention, une éducation spéciale de la parole, sans laquelle le résultat phonétique peut être nul; la meilleure technique à suivre pour mener l'opération à bien, — tous ces points sont discutés par lui avec l'autorité que lui donnait la pratique la plus habile et la plus heureuse.

Il me serait facile de citer beaucoup d'autres sujets où il porta la lumière : ses recherches sur le mécanisme et les conséquences des *fractures du crâne*, sur les avantages respectifs *de l'anus iliaque et de l'anus lombaire*, sur *les tumeurs lymphatiques*, sur *la maladie kystique du testicule*, sur *le lymphadénome* du même organe et la gravité du *lymphadénome en général*, sur *l'ulcère tuberculeux de la langue*, sur les indications de *la trachéotomie dans les affections syphilitiques des voies respiratoires*, etc., énumération bien incompète à laquelle il faut absolument ajouter deux thèses qui demeurent classiques: sa thèse inaugurale consacrée à l'étude des *fractures de l'extrémité inférieure du fémur* et sa remarquable thèse d'agrégation sur *la nécrose phosphorée*.

L'œuvre écrite de Trélat n'est cependant pas considérable. La mort l'a surpris trop tôt, au moment où il allait coordonner et mettre en œuvre les nombreux matériaux qu'il avait amassés.

C'est surtout par son enseignement oral et par sa pratique hospitalière qu'il a eu, sur de nombreuses générations d'élèves, une influence féconde. Aussi est-ce à bon droit que l'un de ceux-ci, le plus distingué et le plus aimé, se souvenant de ce qu'il avait vu et entendu, le mettait au nombre des plus grands chirurgiens de notre époque.

Clinicien consommé et opérateur hors ligne, Trélat possédait en effet les deux qualités maîtresses du chirurgien.

Elève, et digne élève, de Nélaton, nul mieux que lui n'a connu cet art difficile de bien examiner un malade et d'arriver par une suite de déductions, toujours justes, souvent ingénieuses, à poser un diagnostic précis, conduisant à une action opératoire nettement formulée.

Dans les cas douteux ou obscurs, il attendait pour se prononcer, revoyant le malade à diverses reprises, y songeant lorsqu'il avait quitté l'hôpital, finissant toujours par se faire une opinion ferme, quitte à reconnaître loyalement son erreur si elle lui était démontrée.

Il répugnait à user des ponctions exploratrices, estimant que le chirurgien ne devait prendre l'instrument en main que lorsqu'il était arrivé par un examen minutieux à une notion exacte de la maladie ou de la lésion.

« Il y a à l'époque actuelle, » disait-il dans une de ses leçons, « une certaine tendance à négliger le diagnostic précis pour s'en tenir au diagnostic apparent; personnellement, je suis resté le passionné de ce diagnostic précis, et je le recherche toujours avec persévérance et avec opiniâtreté.

Tous ceux qui ont suivi Trélat de près dans son service savent combien il conformait sa conduite chirurgicale à ces paroles.

C'est aussi au souvenir de ses élèves que je voudrais faire appel pour évoquer devant vous le brillant opérateur que nous avons admiré ensemble. Et je ne songe pas ici seulement à ces opérations délicates, autoplasties de la face, réparation de la fente palatine, restauration du périnée, où il excellait, mais aux interventions les plus diverses et les plus vulgaires, auxquelles il procédait avec le même soin, j'ai presque dit avec la même coquetterie. Il avait horreur de l'à peu près, et tendait sans cesse à la perfection, aussi bien pour le résultat final que pour tous les détails de l'acte opératoire. Dans sa pensée comme dans sa pratique, le beau s'associait nécessairement au bien. Une opération, pour mériter d'être dite achevée, devait avoir été proprement et élégamment conduite.

Un incident imprévu, un vice d'instrumentation, la faute d'un aide l'irritaient. Il manifestait parfois son mécontentement avec une certaine violence, élevant la voix, frappant du pied, envoyant même au loin le bistouri qui coupait mal. Mais ces colères n'étaient qu'à la surface; elles ne lui faisaient rien perdre de son sang-froid; et, l'opération terminée, il savait, soit par un mot bienveillant, soit seulement par son attitude, faire oublier sa vivacité.

Il poursuivait le fini de l'acte opératoire jusqu'au bout, apportant au placement des fils et au pansement la même précision qu'à l'opération elle-même.

J'ajoute qu'il avait eu de tout temps, au plus haut degré, le souci de la propreté: propreté du malade, propreté des instruments, propreté du chirurgien. A cet égard on pourrait dire qu'il fut un précurseur, ou du moins que la grande réforme accomplie par Lister devait trouver en lui un esprit bien disposé. Il fut, en effet, un des premiers, et presque le seul parmi les chirurgiens de son âge, à se soumettre sans arrière-pensée aux règles de la plus minutieuse antisepsie. Il avait compris toute la portée de cette évolution de l'art chirurgical; il ne tarda pas à en constater par lui-même les bienfaits. Il les proclamait bien haut. « Il y a quinze ans, » disait-il peu de temps avant sa mort, « nous en étions encore à secouer cette robe de Nessus des complications septiques, infection purulente et autres; aujourd'hui nous en sommes arrivés, non pas à discuter la guérison physiologique, qui ne peut être révoquée en doute, mais à rechercher les moyens qui nous permettront de l'obtenir de plus en plus fréquemment. » Et il entrevoyait le moment où « par la connaissance de plus en plus complète de tous les agents, de toutes les resssources et de tous les détails de l'antisepsie, cette guérison devenant la règle, l'avenir de la chirurgie deviendrait lui-même indéfini. »

Une pareille adhésion, au jour où les pratiques de Lister n'avaient en France que de rares partisans, était précieuse. On a pu dire, non sans raison, qu'elle a été pour beaucoup dans l'avènement parmi nous et le triomphe aujourd'hui incontesté de la méthode.

Trélat, dans cette phase de son existence chirurgicale, se montrait tel qu'il a toujours été. Ami éclairé du progrès, il n'était pas de ceux qui s'immobilisent dans leurs propres recherches, repoussant celles des autres par crainte d'ébranler un édifice laborieusement construit. Accueillant avec intérêt toute idée nouvelle, il apportait à son étude le sens critique dont il était à un si haut point doué, et, s'il l'avait trouvée solide, s'en montrait le plus chaud défenseur. C'est ainsi qu'il se maintint toujours et jusqu'à la dernière heure à la hauteur du mouvement scientifique contemporain, ajoutant sans cesse à son propre fonds les richesses que le labeur humain créait autour de lui.

Les plus humbles trouvaient en Trélat un auditeur attentif et bienveillant. Avec une modestie bien rare chez les hommes arrivés à la grande situation qu'il occupait, il se plaisait à reconnaître qu'à certains égards sa science pouvait être en défaut; et de quelque part que vînt la lumière, son esprit était ouvert pour la recevoir.

Il provoquait les confidences de ses élèves; les encourageant, s'il y avait lieu, dans la voie où ils s'étaient engagés, ou redressant avec sagacité leurs erreurs. Combien, dans cette enceinte, témoigneraient volontiers du précieux concours qu'il leur a prêté!

Trélat avait sa place marquée d'avance dans nos sociétés savantes; il n'en est pas une qui ne fût heureuse de l'accueillir.

L'Académie de médecine lui ouvrait ses portes en 1874, et l'appelait, en 1886, à l'honneur de présider ses séances. Il y marqua parmi les orateurs les plus écoutés. Ses discours remplis de faits, très étudiés, bien qu'en apparence improvisés, à la fois brillants de forme et de la plus haute valeur scientifique, sont des modèles.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 3.

OCCASION EXCEPTIONNELLE

LA COLLECTION DES ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

Paraissant tous les deux mois sous la direction de J.-M. CHARCOT

Se compose aujourd'hui de 22 volumes in-8° carré (1880-1892) dont le prix est de 244 fr. — Pour permettre A NOS ABONNÉS et à *nos lecteurs* d'acquérir cette collection, qui contient les principaux travaux neurologiques publiés depuis 1880, nous avons réduit le prix à **120** francs.

Bureaux du PROGRÈS MÉDICAL.

TARIF DES ABONNEMENTS RÉUNIS

Du *PROGRÈS MÉDICAL* et des *ARCHIVES de NEUROLOGIE*

Paris et Département de la Seine	**35 fr.**	**au lieu de**	**40 fr.**
France	**37 fr.**	—	**49 fr.**
Etranger	**39 fr.**	—	**44 fr.**

ÉTRENNES A NOS ABONNÉS

LA BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE

SE COMPOSE ACTUELLEMENT DES OUVRAGES SUIVANTS :

I. LE SABBAT DES SORCIERS

Par BOURNEVILLE et TEINTURIER

Brochure in-8, de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été fait de cet ouvrage un tirage à 500 exemplaires numérotés à la presse ; 300 exemplaires sur papier blanc vélin, nos 1 à 300. —Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés : 2 fr. 50. — 50 exemplaires sur parchemin, nos 301 à 350 ; Prix : 4 fr.— Pour nos abonnés : 3 fr. — 25 exemplaires sur Japon, nos 351 à 375 : Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés : 4 fr. (2e *édition*).

II. FRANÇOISE FONTAINE

PROCÈS-VERBAL FAIT POUR DÉLIVRER UNE FILLE POSSÉDÉE PAR LE MALIN ESPRIT A LOUVIERS. Publié d'après le manuscrit original et inédit de la Bibliothèque nationale. Précédé d'une introduction par B. de MORAY. Un vol. in-8° de cxv-99 pages. Papier vélin, prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés : 2 fr. 50.— Papier parchemin, prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50.— Papier Japon, prix : 6 fr.— Pour nos abonnés : 4 fr.

III. JEAN WIER

HISTOIRES, DISPUTES ET DISCOURS DES ILLUSIONS ET IMPOSTURES DES DIABLES, DES MAGICIENS INFAMES, SORCIÈRES ET EMPOISONNEURS, DES ENSORCELÉS ET DÉMONIAQUES ET DE LA GUÉRISON D'ICEUX, par JEAN WIER. Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 900 pages, et est orné du portrait de l'auteur gravé au burin. Prix : papier vélin, 15 fr. Pour nos abonnés : 12 fr. les deux volumes. — Papier parcheminé (nos 1 a 300), prix : 20 fr. Pour nos abonnés : 16 fr. les deux volumes.— Papier Japon des manufactures impériales (nos 1 à 150), — prix : 25 fr. Pour nos abonnés : 20 fr. les deux volumes. — N. B. Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux. Pour la France, le port est de 1 fr. Pour l'étranger, de 2 fr. 50.

IV. LA POSSESSION DE JEANNE FERY

RELIGIEUSE PROFESSE DU COUVENT DES SŒURS NOIRES DE LA VILLE DE MONS (1584). Un vol. in-8° de 122 pages, avec une préface du Dr BOURNEVILLE.— Papier vélin, prix : 3 fr. – Pour nos abonnés : 2 fr. — Papier parcheminé, prix : 4 fr. Pour nos abonnés : 3 fr.—Papier Japon, prix : 6 fr. Pour nos abonnés : 4 fr.

V. SŒUR JEANNE DES ANGES

SUPÉRIEURE DES URSULINES A LOUDUN, XVIIe siècle. Autobiographie d'une hystérique possédée, d'après le manuscrit inédit de la bibliothèque de Tours. Annotée et publiée par MM. les Drs G. LEGUÉ et G. DE LA TOURETTE. Préface de M. le professeur CHARCOT, membre de l'Institut.

Un beau volume in-8 de 330 pages. Papier vélin, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés : 4 fr.— Papier parcheminé, prix : 10 fr. — Pour nos abonnés: 8 fr.— Papier Japon, prix : 25 fr.— Pour nos abonnés: 20 fr.

VI. — PROCES CRIMINEL DE LA DERNIÈRE SORCIÈRE BRULÉE A GENÈVE, LE 6 AVRIL 1652, publié d'après des documents inédits et originaux conservés aux archives de Genève, par M. le Dr LADAME. Un volume in-8 de 60 pages, papier vélin, prix : 2 fr. 50.— Pour nos abonnés: 2 fr. (nos 1 à 50), papier Japon), prix: 5 fr.— Pour nos abonnés : 4 fr. (nos 51 a 100), papier parcheminé), prix : 3 fr. 50.— Pour nos abonnés : 2 fr. 50

Pour nos abonnés, la collection vélin	**15** francs	au lieu de	**33** francs.
— parcheminé	**20**	—	—	**46 50.**
— japon	**30**	—	—	**71 50**

Tous ces exemplaires sont neufs et garantis en très bon état.

PRIMES A NOS ABONNÉS

A titre de primes, et jusqu'à fin mars 1893 seulement, nos abonnés pourront nous demander les ouvrages suivants qui leur seront vendus avec 60 0/0 de remise et expédiés franco de port à domicile.

AVEZOU (J.-C.). **De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales. Étude clinique avec quelques considérations sur la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts.** Un vol. in-8 de 144 pages.—Prix : 3 fr. 50. — Réduit à . . . . 1 fr. 50

BLANCHARD (R.). **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote**, par la méthode de M. le professeur Paul BERT. Volume in-8° de 101 pages avec 3 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — Réduit à . . 1 fr. 20

BLONDEAU (A.). **Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.** — Un vol. in-8 de 72 pages. — Prix : 2 fr. — Réduit à . . . . 80 c.

BOYER (H. Cl. DE). **Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux.** Volume in-8 de 290 pages, avec 104 fig. intercalées dans le texte et une planche. Paris, 1879. — Prix : 6 fr. Réduit à . . . . 2 fr. 40

BRISSAUD (E.) **Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques.** Volume in-8 de 210 pages avec 42 figures dans le texte — Prix : 5 fr. — Réduit à 2 fr.

BUDIN (P.). **De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.** Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, 10 figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromolithographie. — Prix : 10 fr.— Réduit à 4 fr.

DURET (H.) **Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux.** Un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromolithographie et lithographie, et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris 1878. —Prix : 15 fr. — Réduit à . . . . 6 fr.

FÉRÉ (Ch.) **Contribution à l'étude des troubles fonctionels de la Vision par lésions cérebrales.** (Amblyopie croisée et Hémianopsie). Un vol. in-8° de 241 pages. Paris, 1882.—Prix : 3 fr. 50.— Réduit à 1 fr. 40.

FÉRÉ (Ch.). **Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie** (De l'ambliopie croisée et de l'hémianopsie d'origine cérébrale). Brochure in-8° de 54 pages avec fig. dans le texte. Paris 1882. — Prix : 2 fr. — Réduit à . . . . 80 c.

HAYEM (G.). **Leçons cliniques sur les manifesalons cardiaques de la fièvre typhoïde**, recueillies par BOUDET DE PARIS. In-8 de 88 pages avec 5 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Réduit à . . . . . . 1 fr.

JOSIAS (A.). **De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées.** Vol. in-8 de 65 pages avec trois courbes de température. — Prix : 2 fr.— Réduit à . . . . 80 c.

LELOIR (H.). **Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse.** 1 volume in-8 de 270 pages, avec 4 planches en chromo lithographie et plusieurs figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 fr. — Réduit à . . . . . . 2 fr.

LONGUET (F.-E.-M.). **De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes.** Vol. in-8 de 124 pages. — Prix : 4 fr. — Réduit à . . . . 1 fr. 60.

MIOT (C.). **De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan.** In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Réduit à. . . . . 1 fr. 50.

MIOT (C.). **De la Ténotomie du muscle tenseur du tympan.** Volume in-8 de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris 1878. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à. . . . . 60 c.

PATHAULT (L.). **Des propriétés physiologiques du Bromure de Camphre et de ses usages thérapeutiques.** Brochure in-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à . . . . 60 c.

RANVIER (L.). **Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire**, recueillies par J. RENAUT. Un fort vol. orné de 99 fig. intercalée, dans le texte. — Prix : 12 fr. — Réduit à . . . . 4 fr. 80.

RAYMOND. **De la puerpéralité.** Volume in-8 de 258 pages. Paris, 1880. — Prix : 5 fr. — Réduit à . . . . 2 fr.

Quelques-uns sont restés célèbres. Lors de la discussion soulevée, en 1882, par une communication du professeur Gosselin sur le meilleur mode d'administration du chloroforme, il monta à la tribune et commença en ces termes :

« Messieurs, il y a un mois, jour pour jour, que M. Gosselin présentait ses premières observations sur le chloroforme et disait : « Le chloroforme, même légèrement impur, n'a pas de sérieux inconvénients, et surtout ne donne pas la mort, lorsqu'il est bien administré. » Ce même jour, 14 février, à 11 heures du matin, j'opérais un jeune homme de 20 ans pour un petit lymphadénome du cou... l'opération approchait de sa fin, la compresse avait été enlevée et le malade respirait librement... lorsque survint une syncope... » Je passe les détails de la scène dramatique qui suit et qui se termina par la mort de l'opéré... « Il y a, Messieurs », continuait-il, « des coïncidences cruelles, et vous conviendrez que le verdict prononcé par M. Gosselin était dur, le jour où j'avais la douleur de perdre un malade sous le chloroforme. » Je ne puis reproduire ici le long et intéressant discours dans lequel notre collègue, partant de ce fait, montrait que, quelques soins que l'on mette à donner le chloroforme, quels que soient les artifices auxquels on s'adresse, le sujet soumis à l'anesthésie court fatalement certains dangers, inhérents à l'action de la substance employée. Mais en face de ces dangers, il plaçait les bienfaits de l'anesthésie. « Comptons nos morts, puisqu'il le faut », s'écriait-il; « mais comptons aussi nos succès. Croyez-vous que si l'on pouvait mettre d'un côté, comme dans un plateau de balance, tous ceux que le chloroforme a frappés en pleine vie, et de l'autre toutes les survivantes de l'ovariotomie, de l'hystérectomie, tous ces revenants des laparotomies, des résections intestinales, et qu'on pût leur crier à tous : Levez-vous pour la défense de l'anesthésie, — croyez-vous que vos quelque deux cents morts de chloroforme ne feraient pas maigre figure en présence de toutes ces existences conservées, ou même arrachées aux étreintes du tombeau ? » Et il terminait par ces mots qui soulevaient les applaudissements prolongés de l'assistance: « Autant que personne, autant que vous tous, chers collègues, je sens la grandeur et même la noblesse de notre profession; je sais qu'il y a des heures, des moments, où nous surtout, chirurgiens, nous tenons entre nos mains la vie de nos malades, où nous sommes les souverains maîtres, les arbitres suprêmes de leur existence. Chaque fois que je m'approche d'un malade avec un fer rouge, une lame tranchante, ou une compresse de chloroforme, je suis pénétré de la responsabilité que j'assume, d'autant plus lourde qu'elle est plus complètement dépourvue du contrôle humain. Je sais que dans ces instants solennels nous n'avons pour guide, pour lumière, que la science et la conscience. Bien savoir, juger juste et sentir fortement, voilà la règle, la bonne doctrine, et je me sens plus à l'aise sous sa large égide qu'en employant, pour éviter les nombreux dangers de nos actes chirurgicaux, des recettes incertaines et décevantes. »

Il serait agréable, mais il n'est malheureusement pas possible de parcourir avec vous les bulletins de l'Académie, et de vous montrer notre collègue prenant part à toutes les discussions importantes avec une autorité et une éloquence sans égales : tantôt pénétrant dans le détail des faits et opposant à ses adversaires des arguments tirés de sa grande expérience personnelle, tantôt élevant le débat, dégageant la vérité des détails qui l'obscurcissaient, et la faisant éclater au-dessus d'eux dans sa pleine lumière.

La dernière fois que Trelat monta à la tribune de l'Académie, ce fut à propos de la prophylaxie de la tuberculose. Grâce à son heureuse intervention, la discussion qui durait depuis de longs mois, et menaçait de se terminer par un vote d'impuissance, put aboutir. Son discours plein d'esprit et de bon sens avait vaincu toutes les oppositions. *(A suivre).*

QUATRE ENFANTS POUR UN SEUL ACCOUCHEMENT. — On écrit du Mans qu'une femme, habitant cette ville, a mis au monde quatre garçons qui, à l'heure actuelle, sont encore vivants.

LA FIÈVRE JAUNE DANS L'AMÉRIQUE DU SUD. — Deux cas de fièvre jaune viennent d'être constatés dans le port de Buenos-Ayres.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er OCTOBRE AU 31 DÉCEMBRE 1892, PAR LE Dr PASSANT

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	20	17	5	42
2e	15	22	4	41
3e	28	49	21	98
4e	41	61	35	137
5e	41	54	22	117
6e	18	26	5	49
7e	19	29	6	54
8e	11	12	1	24
9e	11	32	6	49
10e	35	49	18	102
11e	95	139	75	310
12e	19	59	28	106
13e	91	101	52	214
14e	55	76	50	181
15e	63	60	41	164
16e	13	24	7	44
17e	51	93	39	173
18e	84	157	90	331
19e	176	[illegible]	71	24[illegible]
20e	13[illegible]	[illegible]09	10[illegible]	449
	878	1362	675	2915

MALADIES OBSERVÉES.

Maladies	Nombre
A	
Angines et laryng.	199
Croup	31
Coqueluche	21
Corps étrangers de l'œsophage	»
Otite	1
Ophthalmie	3
B	
Asthme	6[illegible]
Affections du cœur	[illegible]05
Bronchites aiguës et chroniques	313
Pleuro-pneumonie	[illegible]53
Congestion pulmonaire	55
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	230
Cholérine et affections cholériformes	116
Choléra	7
Dysentérie	1
Athrepsie	85
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	89
Hernie étranglée	47
Rétention d'urine	24
Fissure à l'anus	»
Orchite	9
Chute du rectum	1
D	
Métrite. Métro-péritonite	68
Métrorrhagie	61
Fausse-couche	77
Accouc. Délivrance	200
Accouc. non terminé	31
E	
Affect. cérébrales	111
Eclampsie. Convuls.	75
Tétanos	»
Névralgies	37
Névroses	96
Epilepsie	27
Aliénation mentale	8
Alcoolisme. Delirium tremens	32
Chorée	1
Tétanos	1
Catalepsie	2
F	
Rhumatisme	43
Affections éruptives	60
Pustule maligne	»
Fièvre intermitt.	3
Fièvre typhoïde	37
Hémorrhagies de causes internes et externes	96
G	
Plaies. Contusions	114
Fractures. Luxations. Entorses	27
Brûlures	5
Congélat. des pieds	»
Empoisonnements	[illegible]5
Asphyxie par le charbon	6
— submersion	»
Suicide	4
H	
Morts à l'arrivée du médecin	55
Total	2915

La moyenne des visites par nuit est de 27 1/2.

Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 23.

Les hommes entrent dans la proportion de 29 0/0.

Les femmes — de 49 0/0.

Les enfants au-dessous de 3 ans, 33 0/0.

Visites du 3e trimestre de 1891	2,069
— 3e — 1892	3 461
Différence en plus	1,392

Le mois de janvier, pendant lequel l'épidémie de grippe a sévi, comprend à lui seul 1,117 visites de nuit.

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1891.

	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er Trimestre	889	1.518	611	3.118
2 Trimestre	778	1 179	542	2.499
3e Trimestre	1152	1 676	633	3.461
4e Trimestre	878	1.362	675	2.915
	3.697	5.735	2.461	11.893

Pour l'année 1891, le nombre des visites de nuit était de	9 313
Pour l'année 1892, — —	11.893
Différence en plus pour 1892	2.580

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876. 1re année, 3.616 visites de nuit.
1877 2e année, 3.312 visites de nuit.
1878. 3e année, 3.571 visites de nuit.
1879. 4e année, 5.282 visites de nuit
1880. 5e année, 6.341 visites de nuit
1881. 6e année, 6.521 visites de nuit.
1882. 7e année, 6 891 visites de nuit.
1883. 8e année, 6.895 visites de nuit.
1884. 9e année 8.712 visites de nuit.
1885. 10e année. 7.491 visites de nuit.
1886. 11e année, 7 553 visites de nuit.
1887. 12e année, 7 [illegible]68 visites de nuit.
1888. 13e année, 7 198 visites de nuit
1889. 14e année, 8.[illegible] visites de nuit
1890. 15e année, [illegible] visites de nuit.
1891. 16e année, 9.313 visites de nuit.
1892. 17e année, 11.893 visites de nuit.

Le service a été assuré pendant l'année par 529 médecins, [illegible] sages-femmes et 536 pharmaciens

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 6. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Jalaguier, Varnier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Marie, Gaucher.

Mardi 7. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Nelaton, Letulle, Poirier — 4e *de Doctorat* : — MM. Proust, Ballet, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Le Fort, Panas, Quénu — (2e *partie*) : MM. Cornil, Debove, Marfan.

Mercredi 8. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Dejerine, Sébileau.

Jeudi 9. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Nélaton, Albarran. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier.

Vendredi 10. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Potain, Joffroy, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) : Obstétrique. Clin. Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 11. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Cornil, Albarran, Heim. — (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Charrin. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Le Dentu, Brun. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Marfan, Roger.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 8. — M. Hasen. Des kystes dermoïdes et des fistules congénitales de la région sacro-coccygienne. — M. Gotteland. Contribution à l'étude de l'appareil de la vision chez les dégénérés. — M. Hélary. Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée. — M. Marot. Sur un streptocoque.

Jeudi 9. — M. de Paulo. Du cancer secondaire des côtes. — M. Renault. Du bacterium coli dans l'infection urinaire. — M. Hamaide. Du tremblement essentiel héréditaire et de ses rapports avec la dégénérescence mentale. — M. Colas. Essai sur une complication rare de la tuberculose (emphysème sous-cutané). — M. Villeprand. Complications du travail et des suites de couches par les cardiopathies. — M. Gaye. Des hernies inguinales irréductibles par excès de volume ou de consistance et sans adhérences.

Enseignement municipal de la médecine.

Enseignement obstétrical clinique et théorique de l'Hôpital de la Charité. — *Enseignement clinique* : M. le Dr P. Budin, chef de service tous les jours à 9 h. — Mardi, jeudi, samedi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. — Jeudi, à 10 h. 1/2. Leçon clinique à l'amphithéâtre. Les élèves seront dirigés dans la pratique des accouchements par des moniteurs.

Enseignement théorique et manœuvres opératoires: M. le Dr Bonnaire, accoucheur des hôpitaux. Leçons: Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2. Samedi, à 5 h. du soir.

Conférences par M. le Dr Legry, chef de laboratoire du service. — Chaque période d'enseignement complet durera deux mois et demi environ. — L'installation du nouveau service d'accouchement a eu lieu jeudi 8 octobre. *Ouverture du cours le 15 octobre.*

Enseignement clinique de l'hôpital Saint-Antoine. — A partir du lundi 7 décembre, une leçon clinique est faite tous les matins, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de l'hopital Saint Antoine, par les médecins et chirurgiens de cet hopital. Les leçons du semestre d'été seront faites par MM. Monod Hanot, Gingert, Tapret et Galliard ; celles du semestre d'hiver par MM. Blum, Letulle, Brissaud, Merklen et Ballet, conformément au programme suivant : lundi, M. Blum, *Clinique chirurgicale;* mardi, M. Merklen, *Maladies du cœur et des vaisseaux ;* mercredi, M. Brissaud, *Maladies générales et séméiologie ;* jeudi, M. Ballet, *Maladies du système nerveux ;* vendredi, M. Blum, *Clinique chirurgicale ;* samedi, M. Letulle, *Maladies du foie et des reins.*

Clinique et thérapeutique médicales. (*Hôpital Bichat*). — M. le Dr Henri Huchard : le jeudi, à 9 heures 1/2. A 9 heures 1/2, causeries cliniques et thérapeutiques à la salle Louis d'abord et à la salle Bazin ensuite. A 10 heures 1/2, présentation de malades avec discussion sur le diagnostic et la thérapeutique.

Hopital des Enfants-Malades. — M. le Dr Jules Simon : Cliniques de thérapeutique infantile le mercredi à 9 heures. Consultation clinique le samedi.

Enseignement collectif de dermatologie et de syphiligraphie. — M. le Dr Quinquaud : mercredi à 4 heures du soir (Hopital Saint-Louis.

Conférence pour la Bibliothèque populaire des amis de l'Instruction du Ve arrondissement. — Samedi 1 février, à 8 heures 1/2 du soir, salle de la mairie du Panthéon, Conférence par le Dr Bourneville, sous la présidence du citoyen Lampué, conseiller municipal. Sujet : *Assainissement de la Seine et de Paris.*

FORMULES

VI. — Otalgie.

Chloral camphré	5 parties.
Glycérine.	30 —
Huile d'amandes douces.	10 —

Tremper un petit morceau de coton dans ce liquide et l'introduire dans l'oreille du malade. (Le chloral camphré est fait en pilant dans un mortier chaud égales parties d'hydrate de chloral et de fleur de camphre.)

VII. — Onguent contre les pediculi pubis.

Mercure ammoniacal.	1 gr. 75
Baume du Pérou.	4 gr.
Huile de pétrole.	6 gr.
Lanoline.	250 gr.

Pour applications locales.

VIII. — Gaz intestinaux.

Beaucoup d'enfants sont irritables et crient parce qu'ils ont des gaz intestinaux. Au lieu d'administrer les opiacés, le professeur Bartholow ordonne la mixture suivante comme réussissant dans bien des cas.

Mixture d'asa fœtida	4 grammes.
Bromure de sodium	0 gr. 15 centigr.

Dose pour un enfant de un à trois mois.

IX. — Rhumatisme aigu.

1° Teinture d'aconit.	12 gr.
Extrait distillé d'hamamelis . . .	90 gr.
Alcool.	60 gr.

comme liniment contre le rhumatisme inflammatoire ; appliquer sur la peau et recouvrir d'une flanelle.

2° Phosphate de fer. . . .	0 gr. 30 centigr.
Bromure de lithine. . .	25 gr.
Eau distillée.	120 gr.

1 cuillerée à café toutes les 2 ou 3 heures dans de l'eau.

3° Acide salicylique	àà 8 gr.
Bicarbonate de soude	

Pour 12 cachets. — 1 toutes les 2 ou 3 heures.

X. — Pharmacologie du Phosphore.

Le Phosphore est employé comme excitant; c'est un *aphrodisiaque dangereux.* On le prescrit contre les *fièvres adynamiques*, la *paralysie musculaire* et surtout l'*ataxie locomotrice.*

A l'intérieur, la dose maniable varie de 0 gr. 001 à 0 gr. 010 milligrammes ; le codex fait préparer une huile phosphorée à 1/1.000e pour *usage interne* et une autre à 1/100e pour *usage externe.*

Pour l'usage interne on administre cette huile phosphorée en capsules qui renferment chacune environ *un milligramme* de phosphore. On peut également l'administrer sous forme d'émulsion.

Potion phosphorée.

Huile phosphorée à 1/1000e. . . .	10 gr.
Gomme arabique pure.	8 gr.
Sirop simple	30 gr.
Eau distillée de menthe.	100 gr.

On associe parfois le phosphore à l'huile de foie de morue pure ou créosotée.

Huile de foie de morue phosphorée.

Huile phosphorée à 1/1000e	100 gr.
Huile de foie de morue.	900 gr.

Chaque cuillerée à bouche renferme *deux* milligrammes de phosphore.

Huile de foie morue phosphorée créosotée.

Huile phosphorée à 1/1000e	100 gr.
Créosote de hêtre.	10 gr.
Huile de foie de morue.	890 gr.

Chaque cuillerée renferme *deux* milligrammes de phosphore et vingt centigrammes de créosote.

On remplace avec avantage, pour l'usage interne, le phosphore en nature par le *phosphure de zinc* : *Huit* milligrammes de ce phosphure représentent *un* milligramme de *phosphore actif*; la dose quotidienne peut donc varier de 0,008 à 0,080. On administre le phosphure de zinc sous forme de granules contenant ordinairement *quatre milligrammes* de ce corps, soit un demi-milligramme de phosphore actif.

Phosphure de zinc pur	0 gr. 80
Poudre de reglisse.	1 gr. 00
Sirop de gomme	Q. S.

pour 104 pilules toluisées.

P. Yvon.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 22 janv. 1893 au samedi 28 janv. 1893, les naissances ont été au nombre de 1245 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 455; illégitimes, 166. Total, 621. — *Sexe féminin :* légitimes, 465 ; illégitimes, 159. Total, 624.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 janv. 1893 au samedi 28 janv. 1893, les décès ont été au nombre de 1213 savoir : 614 hommes et 599 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9. F. 6, T. 15. — Variole : M 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 7, F. 1, T. 8. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T 1. — Coqueluche : M. 5, F. 14, T. 19 — Diphtérie, Croup : M. 21, F. 17, T. 38. — Affections cholériformes : M. 0. F. 0. T. 0. — Phtisie pulmonaire : M 120, F. 60, T. 180. — Méningites tuberculoses : M. 9, F. 10. T. 19. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 5. T. 12 — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 8, T. 11. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 26, T. 43. — Méningite simple : M. 20, F. 13, T. 33 — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 31, F. 21, T. 52. — Paralysie, M. 4, F. 9, T. 13 — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 41, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 22, T. 40. — Bronchite chronique. M. 23, F. 46 T. 69. — Broncho-Pneumonie : M. 31, F. 39, T. 70, —Pneumonie : M 46, F. 48; T. 94 —Autres affections de l'appareil respiratoire ; M. 36, F. 39, T. 75.—Gastro-entérite, biberon : M. 21, F. 20, T. 41 —Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1, T. 3.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 8, T. 8 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 20, F. 16, T. 36 — Sénilité : M. 18, F. 23, T. 41. — Suicides : M. 14, F. 6, T. 20. — Autres morts violentes M. 11. F. 7, T. 18.— Autres causes de mort : M. 85, F. 72, T. 157. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 1. T. 2.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 32, illégitimes, 17. Total : 49. — *Sexe féminin :* légitimes, 25, illégitimes, 9. Total : 34.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. CHAPPLIN, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé directeur honoraire à dater du 27 décembre 1892. — M. LIVON, professeur de physiologie, est nommé, pour trois ans, directeur. Toutes nos félicitations.

ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Le concours d'admission aura lieu le 21 juillet 1893. Les épreuves écrites auront lieu le même jour dans toutes les villes qui sont le siège d'une Faculté ou d'une Ecole de médecine. Les épreuves orales auront lieu aux dates suivantes : Paris (Val-de-Grace), 21 août ; Lille, 25 août ; Nancy, 29 aout ; Toulouse, 11 septembre ; Bordeaux, 15 septembre ; Rennes, 20 septembre ; à l'Hôpital militaire de Lyon (Ecole de Santé), 2 septembre ; Montpellier, 8 septembre.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Séance annuelle de la Société centrale, le 5 février 1893, avenue, Victoria, 3, à 2 h. 1/2.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE TOULOUSE. — Cette Association, dans son assemblée générale du 22 janvier dernier, a constitué son Bureau de la manière suivante : Président, M. Audiguier ; vice-président, M. Bouchage ; secrétaire-général, M. Halsey ; secrétaire-adjoint, M. Olivier ; trésorier, M. Basset ; secrétaire des consultations gratuites, M. Candelon.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — Nous rappelons à nos lecteurs que la prochaine session du Congrès français de Chirurgie aura lieu pendant les vacances de Pâques 1893.

ÉTUDIANTS EN SUISSE. — Les Universités suisses comptaient l'année dernière 432 étudiantes sur un nombre total de 3.152 étudiants. Ces étudiantes étaient ainsi réparties par Facultés : Philosophie, 254 ; droit, 8 ; médecine, 170. Parmi elles on comptait 219 étrangères, dont 149 russes, 23 allemandes et 10 bulgares presque toutes étudiantes en médecine. Il est probable que le nombre des étudiantes allemandes s'accroîtra d'une façon notable, car on a créé à Weymar un collège (gymnasium) de jeunes filles. Comme les femmes qui en Allemagne s'adonnent aux études supérieures, embrassent surtout la profession médicale, il est probable que cette profession, déjà très encombrée, va l'être encore plus.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Sur la plainte de M. le Dr Duchesne, le zouave Jacob vient d'être condamné à 15 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

HÔPITAUX DE LYON. — *Programme de l'externat.* — Le conseil des hôpitaux de Lyon a apporté quelques modifications au concours de l'externat. Ce concours comprendra 3 épreuves : 1° Une épreuve écrite sur l'anatomie descriptive et topographique, sur la physiologie élémentaire. Sont exclus l'histologie et les organes des sens. 2° Une épreuve orale. Elle portera sur la description des symptômes des maladies. Il y aura à traiter un sujet de chirurgie et un sujet de médecine. La première et la deuxième épreuves pourront être éliminatoires. La 3e épreuve comprendra une opération de petite chirurgie à traiter de vive voix et une opération de petite chirurgie à pratiquer. Les candidats devront justifier de 4 inscriptions de doctorat.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr Darasse, médecin-adjoint au lycée de Mont-de-Marsan, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. F. Dufau, décédé. — M. le Dr Daraignet, ex-interne des hôpitaux de Bordeaux, est nommé médecin-adjoint au lycée de Mont-de-Marsan, en remplacement de M. le docteur Darasse.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — Une mission médicale dans l'Aurès, dirigée par M. le Dr Raymond, ayant donné de très bons résultats, le gouvernement de l'Algérie se propose d'en organiser d'autres à peu près permanentes et même d'établir dans les centres indigènes des dépôts de médicaments.

MONUMENT LEPRÉVOST. — La *Normandie médicale* publie la note suivante : « Nous recevons une lettre de notre honoré confrère, le Dr Lecène, dans laquelle il nous informe que plusieurs médecins du Havre, des clients et des amis du regretté Leprévost se proposent d'élever un monument sur sa tombe. M. le Dr Lecène est chargé de recueillir les souscriptions médicales. » Nous nous empresserons de transmettre à M. le Dr Lecène toutes les sommes qui nous seront adressées pour le monument de notre ami. (M. B.).

PLÉTHORE MÉDICALE EN ITALIE. — Comme en Allemagne, dit la *Riforma Medica*, le nombre des médecins est trop considérable en Italie, et il va toujours croissant. Naples, entre autres grandes villes, compte un médecin pour 513 habitants. Il en résulte naturellement que la somme d'honoraires touchés par chacun de ces praticiens est fort médiocre. Si l'on en croit les renseignements officiels de la Direction générale des impôts, de toutes les professions libérales (notariat, barreau, génie civil, etc.), la médecine serait la moins productive au point de vue pécuniaire. Il est à craindre, ajoute la *Riforma Medica*, que l'état pénible de la profession médicale en Italie ne s'aggrave encore au lieu de s'améliorer.

RÉCOMPENSES. — Le ministre de la guerre a accordé des témoignages de satisfaction aux médecins ci-après dénommés qui ont donné des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie : M. Bergot, à Lesneven ; M. Carreau, à Saint-Symphorien-sur-Coise ; M. Joyeux, à Mirecourt ; M. Bitterlin, à Joinville-le-Pont ; M. Dumas, à Blanzaguet ; M. Durand-Lasserre, au Verdou ; M. Aribaud, à Condrieu ; M. Roquefeuil, au Caylar ; M. Mestre, à Gigean ; M. Massin, à Pierre-en-Bresse ; M. Sansen, à Hondschoote.

UN NOUVEL ASILE DE NUIT A PARIS. — Le quartier du Val-de-Grace, jusqu'à présent dépourvu d'asile de nuit pour les hommes, va, d'ici à deux ou trois jours, en ouvrir un rue Mouffetard, 76. Le local a été mis à la disposition de l'œuvre par M. Duval. M. Beaumont, directeur de l'institution Jauffret, a fait aménager dans ce local quarante lits. Le comité qui s'occupe de l'œuvre voudrait bien pouvoir distribuer matin et soir une soupe gratuite aux hôtes de l'asile. Pour pourvoir à la dépense, il a fait appel aux sympathies des habitants du quartier et de l'arrondissement.

UNE CENTENAIRE. — L'hospice Saint-Charles, à Amiens, possédait, au nombre de ses pensionnaires, Mme veuve Petit, née le 31 janvier 1793. L'administration avait décidé qu'à l'occasion du centenaire de cette femme une fête serait donnée à tout le personnel de l'hospice, composé de cent vingt-trois femmes. Or, Mme veuve Petit est morte subitement. Elle a succombé six heures avant l'anniversaire de sa naissance.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr André-François GAY, âgé de 74 ans. Pendant de longues années il exerça la médecine à Lyon et s'était retiré à la campagne depuis quelques années. M. Gay, ancien interne des hopitaux de Lyon (promotion de 1844), fut longtemps président de la Société amicale des anciens Internes, dite du Tiercelet. — M. le Dr Jules-François-Joseph GRANGE, docteur en médecine, docteur ès sciences, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé le 31 janvier 1893, à Paris, à l'âge de 73 ans. — M. BELLANCOURT, médecin à Blangy (Seine-Inférieure), reçu en 1844. — M. le Dr BELLET, médecin à Loges (Seine-Inférieure), reçu en 1839. — M. le Dr CAZENEUVE, ancien professeur et ancien doyen de la Faculté de Lille, associé national de l'Académie de médecine, auteur de plusieurs travaux

appréciés. — M. le Dr OTTO KAHLER, professeur à la Faculté de médecine de Vienne depuis 1886, né en 1849. — M. le Dr BOURDEAUX (de Lailly, Loiret). — M. le Dr MOREL (Anselme), médecin en chef des hospices de Montdidier. — M. le Dr DONFRONT, décédé à Villers-Tournelle, le 23 janvier 1893, dans sa 72e année.— M. le Dr Alphonse DAVAINE, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé le 26 janvier à 41 ans. — M. le Dr TABARY, conseiller général de Bourg-de-Péage (Drôme), reçu en 1850.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. le Dr CHARCOT. Leçons le mardi à 9 heures 1/2. — *Maladies nerveuses et mentales.* — MM. JOFFROY et Jules VOISIN : le jeudi et samedi de chaque semaine à 9 h. 45.

HÔPITAL DE LA PITIÉ.—M. Albert ROBIN. —(*Semestre d'hiver*). vendredi à 9 1/2 : Leçons sur les maladies de l'estomac : Clinique et thérapeutique. Mercredi à 9 h. : Examen des malades nouveaux. Lundi et samedi : Conférence clinique. — (*Semestre d'Été*). Vendredi à 9 1/2 : Leçons de chimie pathologique appliquée à la thérapeutique.

HÔPITAL DE LOURCINE. — M. le Dr DE BEURMANN : Affections vénériennes et syphilitiques, le lundi à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux* : M. DEJERINE, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — M. le Dr F. RAYMOND : Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le jeudi, à 10 heures du matin.

HÔPITAL DE SAINT-LOUIS. — *Service de M. le Dr* RICHELOT.— M. RICHELOT commencera ses leçons cliniques le mercredi 8 février 1893, à 9 heures et demie, et les continuera les mercredis suivants. A partir du 1er février, les travaux du service seront organisés comme il suit : *Lundi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Mardi* : Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (Salle Denonvilliers). — *Mercredi* : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opération. — *Jeudi* : Opération abdominale (Châlet). — *Vendredi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Samedi* : Opérations abdominales (Châlet).

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le Dr P. BUDIN a repris ses leçons de *clinique obstétricale* le jeudi 26 janvier, à 10 heures du matin (Amphithéâtre Velpeau).

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — Depuis le 1er fevrier, M. Marfan, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies de l'enfance, fait des leçons à l'hôpital des Enfants-Malades, à quatre heures de l'après-midi, les mardis et samedis.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES (149, rue de Sèvres). — *Chirurgie infantile. Orthopédie.*— M. le Dr de SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital, reprendra le jeudi 16 février, à 9 heures, ses leçons cliniques et les continuera les jeudis suivants. Ces leçons seront exclusivement consacrées à la thérapeutique des affections chirurgicales de l'enfance.

HÔPITAL SAINT-LOUIS.— M. HALLOPEAU reprendra le dimanche 5 février, à 9 heures 1/2, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, ses leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

HÔPITAL DU MIDI. — M. le Dr HUMBERT, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera ses conferences cliniques le mardi 7 février, à 9 h. 1/2, et les continuera les mardis suivants à la même heure.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

BALLET (G.) et BOIX (E.). — Aphasie motrice pure avec lésion circonscrite. Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 0,40 c. — Pour nos abonnés . . . . 0 fr. 30

BONNIER (P.). — Syndrome de Menière (*Agoraphobie*); signe de Romberg dans la maladie de Bright. Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 0,50 c. — Pour nos abonnés . . . . 0 fr. 35

JANET (P.). — L'anesthésie hystérique. — Brochure in-8 de 79 pages — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 40

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis, pendant les années 1887 et 1888. Volume in-8 de 1,047 pages, avec 37 figures dans le texte et 2 planches coloriées hors texte. — Prix. . . . . 25 fr

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

BERGER (E.). — Anatomie normale et pathologique de l'œil 2e édition. Volume in-8 de 130 pages, avec 31 figures dans le texte et 12 planches hors texte.

MÉNARD (Saint-Yves). — Des meilleures conditions d'alimentation des enfants du premier âge en dehors de l'allaitement au sein. Brochure in-8 de 24 pages. — Clermont (Oise), 1892. — Imprimerie Daix.

ALTHAUS (J.). — Influenza : Its pathology, symptoms, complications and sequels; its origin and mode of spreading; and its diagnosis, prognosis and treatment, second edition, much enlarged. Volume in-12 cartonné, de 407 pages. — London, 1892. — Longmans and Co.

BURET. — Contribution à l'histoire de la syphilis. La syphilis à Herculanum et à Pompéi. (Le syphilococcus dès le commencement du XVIe siècle). Brochure in-8 de 8 pages. — Clermont (Oise), 1892. — Imprimerie Daix frères.

CATILLON. — Etude de la créosote, de sa purification, caractères nouveaux de la créosote purifiée. Brochure in-8 de 10 pages — Paris, 1892. — Chez l'auteur.

Librairie H. LAMIRAULT et Cie, 61, rue de Rennes, Paris.

GRANDE ENCYCLOPÉDIE. — M. Ch. Mortet, un des médiévistes les plus distingués de notre temps, vient de publier une remarquable étude sur la Féodalité dans la 405e livraison de la *Grande Encyclopédie*. Nous ne saurions trop la recommander à nos lecteurs, qui trouveront encore dans le même fascicule une série d'intéressants travaux sur le fer par MM. A. Lacroix (minéralogie), Ed. Bourgoin (chimie), R. Blondel (thérapeutique). L. Kna (industrie).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 6. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 FÉVRIER 1893.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

Localisations des oreillons sur l'appareil sexuel et ses annexes (1) ;

par le Dr J. COMBY.

SOMMAIRE. — Orchite ourlienne : Sa rareté chez les enfants. — Sa fréquence chez les adultes. — Epoque d'apparition de l'orchite. — Ses caractères cliniques. — Atrophie testiculaire consécutive. — Impuissance et féminisme. — Orchites sans parotidite. — Orchites précédant les oreillons. — Orchite amygdalienne (dépend-elle des oreillons ?). — Uréthrite et prostatite ourliennes. — Ovarite ourlienne. — Localisation sur les grandes lèvres. — Localisation sur les mamelles.

Orchite ourlienne.

L'orchite, pour la première fois signalée par Hippocrate, est une des complications ou des localisations les plus communes de la fièvre ourlienne. Rare, exceptionnelle même chez les enfants, l'*orchite ourlienne* menace surtout les jeunes gens, et le rôle qu'elle a joué dans la plupart des épidémies militaires est très important. Elle donne son cachet à ces épidémies et constitue en somme le *point noir* des oreillons.

Si Rilliet n'a pas vu l'orchite ourlienne au-dessous de 14 ans, Barthez et Sanné l'ont vue trois fois chez des enfants de 12 ans, et 7 fois entre 15 et 17 ans, sur 230 cas. Debize cite un garçon de 13 ans qui, après avoir eu le gonflement parotidien et une fièvre forte (39°,9) avec état typhoïde, fut atteint d'orchite droite. L'état typhoïde persista jusqu'au douzième jour, puis disparut graduellement (2). Fabre (de Commentry) a vu un enfant de 9 ans atteint d'orchite ourlienne (3). M. de Cérenville aurait même observé l'orchite ourlienne chez un enfant de 4 ans (4).

Ces cas sont très rares, et les praticiens les plus expérimentés n'en ont pas rencontré de semblables. Le plus jeune sujet sur lequel M. Cadet de Gassicourt ait observé l'orchite ourlienne avait 15 ans.

M. Hénoch (de Berlin) n'a jamais vu le testicule se prendre, chez les enfants, à la suite des oreillons. Sur les très nombreux enfants atteints d'oreillons, que j'ai pu examiner depuis dix ans, au Dispensaire de la Société philanthropique (La Villette-Paris), je n'ai pas vu l'orchite une seule fois. On peut donc poser en règle que les enfants dont les organes génitaux sont rudimentaires, dont les fonctions sexuelles sommeillent encore, échappent à l'orchite ourlienne. Mais les exemples précédents, si rares soient-ils, attestent l'existence de l'orchite ourlienne dans l'enfance, plus particulièrement dans la seconde enfance, aux approches de la puberté. Inconnue à l'école primaire, l'orchite ourlienne se montrera moins rarement au collège et au séminaire, et généralement dans les établissements d'instruction secondaire. Déjà elle cesse d'être une quantité négligeable dans les épidémies collégiales. Mais combien plus fertiles en orchites se montrent les épidémies qui sévissent sur les collectivités d'adultes ? On en jugera par les renseignements recueillis par M. Laveran. Saucerotte (1785-1786), sur une épidémie qu'il a étudiée, vit tous les gendarmes atteints d'oreillons présenter des orchites. Noble (épidémie à bord de l'*Ardent*), sur 12 marins pris d'oreillons, compta 12 cas d'orchite. A Châteauroux (1832), la plupart des adultes atteints d'oreillons eurent aussi des orchites. Thierry de Maugras (épidémie de Mascara) signale 22 cas d'orchites sur 76 oreillons. L. Colin (épidémie de Joigny) : « Ce n'est qu'exceptionnellement, peut-être une fois sur cinq ou six, que nous avons vu manquer l'inflammation simultanée ou métastatique d'un testicule, inflammation relativement très rare chez l'enfant. » A Arras, Rizet, sur 22 cas observés sur des sapeurs du génie, a noté 10 cas d'orchite dont 7 d'orchite double. Widal (Milianah) signale l'orchite dans plus de la moitié des cas. Vidal (armée de la Loire) a vu 10 orchites sur 62 cas d'oreillons. Chauvin (garnison d'Antibes, 1876) compte 17 orchites sur 45 oreillons. Juloux (Dijon), 14 orchites sur 35 cas. Chatain, 9 sur 37. Laurens (Albi, 1876), 32 sur 118. Bussard (Oléron), 13 sur 28. Sorel (Amiens), 15 sur 35. Gérard (Auxonne, 1875-76), 13 sur 44. Madamet (Melun, 1877) a noté l'orchite 7 fois sur 56 cas d'oreillons. L'orchite a toujours été unilatérale. Dans deux cas, la tuméfaction portait presque exclusivement sur l'épididyme, contrairement à la règle. Servier (épidémie de Bayonne, 1878), sur 105 cas d'oreillons, relève 26 cas d'orchite, 15 à droite, 5 à gauche, 2 bilatérales. Jourdan (Dax, 1878) signale 11 orchites sur 61 cas : 7 à droite, 3 à gauche, 1 double.

Le tableau suivant montre, sur 699 cas d'oreillons observés chez les militaires, 211 cas d'orchite, ce qui donne 1 orchite sur 3 cas.

ÉPIDÉMIES.	CAS D'OREILLON.	CAS D'ORCHITE.
A bord de l'*Ardent* (Noble) . .	12	12
Mascara (Thierry de Maugras).	76	22
Arras (Rizet)	22	10
Armée de la *Loire* (Vidal) . . .	26	10
Antibes (Chauvin)	45	17
Dijon (Juloux)	35	14
Chatain	37	9
Albi (Laurens)	118	32
Oléron (Bussard)	28	13
Amiens (Sorel)	35	15
Bayonne (Servier)	105	26
Dax (Jourdan)	61	11
Melun (Madamet)	56	7
Auxonne (Gérard)	43	13
TOTAUX.	699	211

Epoque d'apparition.

L'orchite se produit généralement du sixième au huitième jour après l'apparition des ourles (Rilliet), au moment où le gonflement parotidien diminue, comme si le mal quittait cette glande pour se porter sur le testicule. La théorie des *métastases* a cru trouver dans l'orchite ourlienne un argument irrésistible. Et, en fait, l'orchite ourlienne est considérée par beaucoup d'auteurs comme une véritable *orchite métastatique*.

« Cette maladie, dit Trousseau parlant des oreillons, cède en sept ou huit jours, sans laisser de traces ; mais il est des cas où elle se termine par *métastase*, le gonflement parotidien disparaissant brusquement, se portant alors, chez l'homme, sur le testicule, l'épididyme et la tunique vaginale ; chez la femme, sur les mamelles et quelquefois sur les grandes lèvres. »

(1) Extrait d'un volume : *Les Oreillons*, qui va paraître chez Rueff et Cie, Paris.
(2) *Thèse de Paris*, 1889.
(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1887.
(4) *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1887.

Aujourd'hui on est un peu revenu de cette théorie attaquée de divers côtés, et fortement ébranlée par les progrès de la science.

L'expression de *métastase*, dit M. Laveran, appliquée au mode de développement de l'orchite ourlienne, est aussi fausse que la théorie des *métastases* était creuse, car à côté des cas où l'orchite succède aux tuméfactions parotidiennes, il en est d'autres où l'orchite se présente d'emblée et constitue à elle seule toute la maladie.

Faut-il voir, dans les manifestations génitales, dans l'orchite ourlienne, une véritable métastase, c'est-à-dire un transport du poison morbide de la parotide au testicule ? Pour qu'il y eût métastase, il faudrait que la parotide eût disparu au moment où l'orchite se montre, et que celle-ci dépendît de celle-là. En est-il bien ainsi?

Sans doute, dans quelques cas, la parotide a déjà disparu ou est en décroissance lorsque la fièvre se rallume tout à coup et le testicule se prend. Des symptômes graves survenant à l'improviste quand tout allait bien et se dissipant rapidement, après l'envahissement du testicule, évoquent naturellement l'idée d'un transport, d'un déplacement de l'agent morbide. Que disent les observations? Rilliet n'a pas vu l'orchite apparaître après la disparition brusque des oreillons, ainsi que cela devait arriver, s'il y avait véritablement déplacement du mal; les parotides, qui sont encore tuméfiées au moment où l'orchite se montre, continuent à diminuer, mais pas plus rapidement que dans les cas où l'orchite manque.

Gérard a vu l'orchite apparaître indépendamment de tout gonflement parotidien, après la résolution de celui-ci, et il en conclut que l'orchite dite métastasique n'est qu'une localisation de la maladie générale (1).

M. le Dr Grivert a vu l'orchite survenir dix jours et trois semaines après le gonflement parotidien (2).

M. Maubrac a vu, dans un cas, l'orchite retarder jusqu'au seizième jour des oreillons (3).

Entre les oreillons et l'apparition de l'orchite, dit Sorel, nous n'avons observé aucun rapport déterminé. Quand le testicule se prend, tantôt les oreillons sont à leur apogée, d'autres fois à leur déclin, quelquefois même disparus. Dans des cas rares l'oreillon peut survivre à l'orchite, mais jamais il n'y a changement brusque, l'évolution est à la fois indépendante et simultanée.

On peut conclure, avec M. Quinquaud, que les divers accidents des oreillons ne sont que des manifestations d'un même état général, se succédant parfois de manière à faire croire à des métastases, c'est-à-dire à des affections se transformant les unes dans les autres.

M. Jaccoud s'élève contre la qualification de métastases appliquée aux fluxions secondaires des oreillons. Il est très rare, dit-il, que l'apparition de la tumeur testiculaire ou mammaire soit précédée d'une diminution, d'une rétrocession des tumeurs parotidiennes ou sous-maxillaires primitivement développées, et il cite un cas où le testicule se prenait au moment même de l'accroissement maximum des tumeurs glanduleuses (4).

Donc la rétrocession parotidienne n'est pas constante, et quand elle précède réellement la fluxion testiculaire, le fait ne prouve rien en faveur de la métastase ; la diminution de la tumeur primitive, en pareille circonstance, est simplement l'effet du mouvement fluxionnaire qui se développe sur un autre point, il n'y a là qu'une application de l'aphorisme hypocratique : *duobus laboribus vehementior obscurat alterum*. Et M. Jaccoud continue :

« Cette affection n'est point constituée par une simple fluxion parotidienne, c'est une maladie du système glandulaire caractérisée par la fluxion généralisée des glandes que rapproche l'analogie de structure. Souvent le mouvement fluxionnaire reste borné aux glandes salivaires; ailleurs il est plus étendu et frappe successivement d'autres glandes, par suite du consensus pathologique résultant de la similitude des tissus (*partes similares*). Si l'on envisage la maladie ourlienne sous cet aspect qui est le seul véritable, le seul justifié par l'observation, on voit bientôt qu'il n'y a pas de place ici pour la théorie de la métastase, et qu'il convient de rapprocher cette manière d'être des oreillons de celle du rhumatisme articulaire aigu, qui tantôt reste limité aux jointures, tantôt envahit, sans métastase aucune, un plus ou moins grand nombre de séreuses. En 1841, Eisenmann avait rapproché les oreillons du rhumatisme en les désignant sous le nom de *parotitis rheumatica seu polymorpha*. »

(1) *Mém. de méd. mil.*, 1878.
(2) *Arch. de méd. mil.*, 1889.
(3) *Gaz méd. de Paris*, 1890.
(4) *Clinique de la Pitié*. Paris, 1855.

Caractères cliniques de l'orchite.

Grisolle, un de ceux qui ont le mieux observé et le mieux décrit l'orchite ourlienne, reconnaît que c'est un accident très exceptionnel dans la marche de la maladie, et ne se produisant pas avec la régularité signalée par quelques auteurs (1). Ainsi, il n'est pas exact de dire que la métastase se fait constamment sur le testicule correspondant à la région parotidienne malade. En général, dit-il, le transport de la maladie aux testicules se fait sans arrêt ; quelquefois, mais très rarement, l'engorgement testiculaire n'arrive que quelques jours après la cessation graduelle et complète de l'oreillon.

Le testicule, en deux ou trois jours, double ou triple de volume, devient plus lourd, plus résistant, sans être aussi dur, aussi pesant, aussi sensible que dans les orchites franches. Le scrotum est d'un rouge parfois violacé, la pression est peu douloureuse. Grisolle, dans les cas où il a fait une exploration complète, a trouvé l'épididyme intact et le corps du testicule seul affecté, ce qui est le contraire de l'orchite blennorrhagique. Il existe quelquefois un peu d'épanchement dans la vaginale.

Pour d'autres observateurs, quand l'oreillon est unilatéral, l'orchite siège du même côté, et quand l'oreillon est double, elle affecte le côté de l'oreillon le plus gros. Rizet a vu des effets croisés : la parotide droite se prenant d'abord, l'orchite se montrait à gauche; puis la parotide gauche se prenait à son tour, bientôt suivie par le testicule droit. Ce serait perdre son temps et sa peine que de vouloir chercher la raison et trouver la loi de pareilles localisations ; le hasard semble présider à tout cela.

L'intensité de l'engorgement parotidien ne peut faire prévoir et annoncer avec certitude l'apparition des orchites, et, dans l'épidémie d'Arras, c'étaient précisément les oreillons les plus légers qui s'accompagnaient le plus volontiers de manifestations testiculaires.

Les orchites sont généralement simples, mais elles peuvent être doubles, et la proportion des unes aux autres est très variable suivant les épidémies.

A Arras, les orchites doubles furent plus fréquentes que les simples (7 pour 3). De même à Montpellier (Luzy, 1864), où l'on rencontra 5 cas d'orchite double pour 3 d'orchite simple.

Voici qui est moins rare :

A Genève (Rilliet), sur 23 orchites, 4 seulement furent doubles ; parmi les orchites simples, 13 siégeaient à droite et 6 à gauche. Sur 14 cas (Juloux), un seul se rapportait à une orchite double. Sur 32 cas, Laurens a vu 26 fois l'orchite simple et 6 fois la double; sur les 25 orchites simples, 17 siégeaient à gauche et 9 à droite.

Jourdan n'a vu qu'une fois sur 11 l'orchite double et Servier 2 fois sur 26. En réunissant tous ces cas, on arrive à la proportion d'une orchite double pour 8 orchites simples. En d'autres termes, les orchites simples sont 8 fois plus communes que les orchites doubles.

Le début de l'orchite est variable.

Il peut être précédé, on l'a vu par de nombreux exemples, de phénomènes typhoïdes, adynamiques, nerveux, qui jettent l'inquiétude et les alarmes dans l'entourage. Les médecins eux-mêmes ne savent pas toujours se défendre

(1) *Traité de pathologie interne.*

de craintes exagérées, quand ils sont appelés à l'improviste et privés de commémoratifs.

D'ordinaire, la manifestation testiculaire est prévue, attendue, quand on a assisté à l'évolution des oreillons; les malades, dont le gonflement parotidien commence à disparaître, accusent une douleur dans les testicules, le scrotum se gonfle, rougit, devient lourd pendant la marche, sensible aux frottements et à la pression. Quand on examine la région, on constate qu'un testicule est plus gros que l'autre, que le gonflement occupe le parenchyme, et que, sauf exception, l'épididyme échappe à l'envahissement. Tantôt le gonflement testiculaire est à peine appréciable et la douleur est minime. Tantôt ce gonflement atteint des proportions inusitées, la vaginale se remplit de liquide, le scrotum devient œdémateux, rouge et tendu; il semble que le malade soit atteint d'une orchite blennorrhagique des plus violentes. En même temps existent des irradiations douloureuses vers le cordon spermatique et l'abdomen.

Au bout de deux ou trois jours, la tension douloureuse diminue, l'œdème inflammatoire se dissipe, et le testicule est plus facile à explorer; on peut constater alors qu'il a doublé ou triplé de volume. Puis la résolution ne tarde pas à survenir, et dans l'immense majorité des cas, elle est complète, l'organe recouvre son volume, sa consistance normale, son activité fonctionnelle. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et si l'*orchite ourlienne est la moins grave des orchites connues* (Velpeau), c'est à condition qu'elle n'aboutisse pas à l'atrophie du testicule.

Atrophie testiculaire.

La terminaison par atrophie de l'orchite ourlienne a été observée par Hamilton (1761), Murat (1803) et J. Frank (cités par Laveran); A. Cooper n'en avait pas vu d'exemple :

« On a prétendu que le testicule s'atrophiait souvent dans les oreillons; mais je n'ai jamais observé cette atrophie dans ma pratique. »

Ni Velpeau, ni Nélaton ne paraissent avoir connu l'atrophie testiculaire consécutive aux oreillons.

Cependant, Dogny (épidémie de Mont-Louis), dès 1828, avait signalé l'atrophie du testicule chez vingt-sept militaires atteints d'orchite ourlienne.

Rilliet, chez deux malades, a noté la diminution de volume du testicule après guérison de l'orchite. Dans un de ces cas, le testicule était diminué de moitié.

Grisolle (1) proclame la fréquence de l'atrophie consécutive à l'orchite ourlienne, il en cite quatre cas personnels, et il fait remarquer judicieusement que l'accident serait réputé moins rare si les malades pouvaient être suivis après leur guérison. L'atrophie est un accident tardif, à marche sourde et lente, qui évolue longtemps après que les malades ont quitté l'hôpital ou cessé de voir leur médecin.

« Les médecins des hôpitaux, dit M. Laveran, sont mal placés pour observer cette dernière phase de l'orchite; les malades sortent de l'hôpital dès que le testicule a repris son volume normal et qu'il n'est plus douloureux; il est rare, dans ces conditions, de noter une atrophie notable de la glande, on constate seulement que le testicule malade est devenu plus mou que celui du côté sain; pour se rendre un compte exact de la fréquence de l'atrophie, il faut examiner les malades un ou deux mois après leur sortie de l'hôpital; les médecins de régiments se trouvent pour cela dans de très bonnes conditions : aussi les résultats publiés par eux sont-ils les plus nombreux et les plus probants. »

Sur neuf orchites ourliennes suivies par M. Chatain, trois se terminèrent par l'atrophie du testicule, atrophie constatée plusieurs mois après la cessation des accidents inflammatoires.

M. Chauvin sur 16 cas d'orchite, a vu 6 fois l'atrophie du testicule.

(1) *Gaz. des Hôp.*, 1886.

M. Juloux, ayant examiné les testicules de 14 militaires qui avaient eu des orchites, deux mois après leur guérison, a constaté chez tous une diminution du testicule atteint.

M. Laurens, sur 32 orchites ourliennes, a constaté 16 cas d'atrophie, qu'il évalue au quart 7 fois, à la moitié 7 fois, aux trois quarts 2 fois. Il ajoute :

« Tous les malades qui ont eu des orchites, qu'il y ait ou non atrophie consécutive, accusent une sensibilité anormale du testicule atteint et se plaignent d'éprouver dans cet organe des douleurs plus ou moins vives à la suite de la fatigue ou d'un simple changement de temps. » M. Sorel (Amiens), qui a revu les malades 7 ou 8 mois après la guérison des oreillons, a noté 7 fois l'atrophie testiculaire sur 13 cas d'orchite. M. Gérard (Auxonne) a examiné, 15 mois après la maladie, 11 militaires qui avaient eu l'orchite ourlienne. Il a trouvé, chez la plupart, une diminution de consistance, et chez quatre une diminution de volume du testicule. Chez 2 malades, l'atrophie était très marquée; chez un malade, les deux testicules étaient réduits au volume d'une fève, et il y avait une diminution très notable des appétits vénériens et de la puissance virile. Sur 7 militaires examinés par M. Madamet trois mois après l'épidémie, 4 avaient une légère atrophie testiculaire. Sur vingt-trois hommes examinés 6 mois après l'orchite par M. Servier, 12 avaient de l'atrophie testiculaire : « Les testicules atrophiés étaient à peu près du volume d'un gros haricot, ils étaient assez durs et tout à fait insensibles à la pression, laquelle ne produisait pas la sensation connue du froissement testiculaire. » Il signale un cas d'*hypertrophie* consécutive à l'orchite.

M. Jourdan, sur 11 militaires examinés du quatrième au cinquième mois après l'orchite, a noté : cinq testicules ayant le volume d'une fève (atrophie complète); trois réduits de moitié et très mous; deux peu diminués; un atteint d'une légère hydrocèle.

M. Laveran résume, dans un tableau, les statistiques précédentes, qui montrent la fréquence extrême de l'atrophie testiculaire, à la suite d'orchite ourlienne.

Sur un total de 163 cas d'orchite, on ne trouve pas moins de 103 cas d'atrophie testiculaire, soit 2 atrophies pour 3 orchites.

En d'autres termes, tout individu atteint d'orchite ourlienne a deux chances contre une de voir son testicule s'atrophier.

ÉPIDÉMIES.	CAS D'ORCHITE.	CAS D'ATROPHIE.
Mont-Louis (Dogny)	27	27
Chatain	9	3
Antibes (Chauvin)	16	6
Dijon (Juloux)	14	14
Albi (Laurens)	32	16
Amiens (Sorel)	13	7
Bayonne (Servier)	23	12
Dax (Jourdan)	11	10
Melun (Madamet)	7	4
Auxonne (Gérard)	11	4
TOTAUX.	163	103

Impuissance et féminisme.

Quelle est la conséquence, au point de vue fonctionnel, de cette atrophie du testicule?

Elle est grave, si nous en croyons les médecins militaires qui ont pu suivre les soldats atteints d'orchite, pendant un temps suffisamment long.

Si l'orchite est unilatérale, le testicule du côté opposé conserve son volume et l'intégrité de son fonctionnement. Peut-être même se développe-t-il assez pour compenser l'insuffisance de son congénère. Dans tous les cas, les appétits et le pouvoir générateurs survivent.

Mais si les deux testicules sont atteints par l'orchite et

atrophiés ensemble consécutivement, la puissance virile est abolie, et l'on a vu des jeunes gens présenter les attributs de véritables eunuques, s'efféminer, devenir glabres, changer d'intonation vocale. M. Lereboullet a même cité un cas dans lequel les seins s'étaient hypertrophiés (1).

Voici ce fait, tel que M. Lereboullet l'avait présenté à la Société médicale des Hôpitaux, le 10 août 1877.

Ce médecin, jusqu'alors, n'avait constaté que des atrophies testiculaires transitoires. « Le malade, soumis à l'observation des membres de la Société, présente, au contraire, une atrophie testiculaire complète et très certainement définitive, le développement de chaque glande ne dépassant pas le volume d'une amande. Ce jeune homme, âgé de 22 ans, présentait, il y a quatre mois, tous les attributs physiques et physiologiques de la virilité. Il y a trois mois, il fut atteint d'oreillons. La maladie évolua sans fièvre, sans grande douleur, sans présenter, à son début, aucune complication. Quatre jours après le développement complet du gonflement parotidien, les testicules furent atteints à leur tour ; en très peu de temps (trois à quatre jours) ils triplèrent de volume ; l'épididyme resta indemne ; la douleur fut modérée. Admis à l'hôpital, dans le service de M. le Pr Villemin, ce jeune soldat présentait encore un gonflement parotidien assez marqué en même temps qu'une orchite double déjà en voie de régression. En vingt jours, les deux testicules s'atrophièrent complètement, ainsi qu'on peut le constater aujourd'hui. Mais, en même temps, les glandes mammaires se développèrent à leur tour. Aujourd'hui on constate de la manière la plus évidente le gonflement de la glande, surtout du côté gauche, un lacis veineux très apparent à la surface cutanée, l'absence de barbe et de poils à la partie antérieure de la poitrine. La verge est bien développée et le pubis garni de poils ; mais tout appétit vénérien a disparu ; les érections, autrefois fréquentes et suivies d'éjaculation, ne peuvent plus se produire. »

M. Laveran ayant revu, quatre ans après, le malade de M. Lereboullet, n'a pas constaté la persistance du *féminisme*, et notamment l'hypertrophie des mamelles signalée par cet observateur. Les testicules étaient atrophiés et réduits au volume d'un haricot ; le malade, qui confessait une impuissance et une frigidité absolues, fut réformé à Constantine pour son atrophie testiculaire. L'impuissance, nettement constatée dans ce cas, a été relevée par Gérard, par Dogny, chez plusieurs sujets. Sur 15 cas d'atrophie partielle, sans anéantissement complet de l'organe, M. Laurens a noté neuf fois, sinon l'abolition, du moins la diminution de la puissance virile et des appétits vénériens. Six fois cette diminution était légère, trois fois elle était forte. (*A suivre.*)

(1) *Gaz. hebd.*, 1877 (Soc. méd. des Hôp.).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Dr Félix TERRIER, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. JANET, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Grenoble.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Devant le tribunal correctionnel de Toulouse ont commencé, cette semaine, les débats d'une affaire qui fit, l'année dernière, beaucoup de bruit. Un individu nommé [illegible] Kahn, s'attribuant le nom de Nelson et se disant directeur de l'institut Nelson et inventeur des verres combinés, prétendait guérir toutes les maladies des yeux, faisant payer de 5 à 300 francs, suivant l'aspect du client. Comme il n'était pas docteur, il s'associa un ancien médecin de marine qui visitait d'abord le malade et le conduisait ensuite dans le cabinet de Kahn. Ce dernier est poursuivi pour exercice illégal de la médecine, et [illegible] compères, pour escroquerie. Ces escroqueries ont été commises dans un grand nombre de villes : le Havre, Paris, Marseille, Toulouse, Alger, etc. Le réquisitoire du ministère public demande une peine sévère contre Kahn, qui a [illegible] condamnation pour [illegible] [illegible] du tribunal pour le Dr V...

PATHOLOGIE NERVEUSE

La Nutrition dans l'Hystérie ;

par GILLES DE LA TOURETTE et H. CATHELINEAU (1).

Depuis 1888, époque où nous avons commencé la publication de nos recherches sur la *Nutrition dans l'Hystérie*, la formule chimique de l'attaque que nous avons découverte a reçu de constantes confirmations.

En France, nous signalerons l'opinion de Grasset (2) ; de Pitres (3) ; de Chantemesse (4) (pour l'inversion des phosphates) ; de M. Joulin (5), qui a répété toutes nos expériences dans le service de M. Joffroy à la Salpêtrière ; de M. Ballet (6) ; de MM. Frémont et Villejean (7) ; de M. Bosc (8) et enfin de MM. Carrier et Tuja (9) qui, tout récemment encore, se servaient de cette formule chimique pour établir le diagnostic différentiel souvent si difficile de la pseudo-méningite hystérique.

En Italie, Rummo (10) a retrouvé les mêmes caractères, et R. Vizioli (11), se basant sur nos recherches, s'est aidé de l'abaissement de l'urée et des autres caractères de la formule pour préciser nosographiquement la fièvre hystérique.

Signalons, en Allemagne, les recherches de Löwenfeld (12) et particulièrement celles de M. Hitzig (13) qui confia ses analyses au Pr von Mehring. Non seulement celles-ci furent confirmatives des nôtres, mais l'inspection seule des courbes des excreta dans un état de mal léthargique permet, comme nous l'avons démontré, de prévoir la fin de l'état de mal et de prédire le retour à l'état normal.

Tout au plus M. Jules Voisin (14) et Féré (15) essayèrent-ils d'enlever à l'inversion de la formule des phosphates ce caractère si spécial qu'elle présente, joint aux autres, dans l'attaque d'hystérie ; la thèse de Voulgres (16) et le communiqué de nouvelles recherches de notre part (17) leur répondirent victorieusement, croyons-nous.

Dans ces conditions puisqu'en 4 ans il ne s'était produit que des faits confirmatifs des nôtres, devions-nous légitimement espérer que les résultats que nous avions énoncés devaient être définitivement acquis à la science ; mais il paraît qu'il ne doit pas en être ainsi.

C'est au moins ce qu'en a décidé M. Royer (18). Son opi-

(1) Communication à la Société de Biologie, 4 février 1893.
(2) Grasset. — *Arch. de Neurol.*, t. XX, 1890, p. 205 et suivantes.
(3) Pitres. — *Leç. clin. sur l'Hystérie et l'Hypnotisme*, t. I, p. 232, 1891, et communication orale.
(4) Chantemesse. — *Soc. méd. des Hôp.*, 28 mai 1891.
(5) Joulin. — Communic. orale.
(6) Ballet. — *Attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle. Gaz. des Hôp.*, 1891, no 32, p. 758.
(7) Frémont. — Communic. orale.
(8) Soc. de Biologie, 7 mai, 23 juillet 1892.
(9) Carrier et Tuja. — *Soc. nat. de méd. de Lyon*, 21 novembre 1892 ; *Lyon médical*, p. 478.
(10) Rummo. — *Riforma medica*, 1889, p. 1397.
(11) R. Vizioli. — *Ipertermia ed ipotermia in uno caso di isterismo con annotazione sulla nutrizione delle isteriche.* (*Ann. di Nevrologia*, n. 5, anno IX, fasc. V, VI, 1891, p. 359).
(12) Löwenfeld. — *Ueber hysterische Schlafzustände* (*Archiv. f. Psychiatrie*, Bd XXII, XXIII, 1892).
(13) Hitzig. — *Schlafattacken und Hypnotische Suggestion* (*Berl. Klin. Wochschft*, no 38, 19 sept. 1892). (Communic. au 2e Congrès intern. de Psychol., Londres, 30 août 1892).
(14) J. Voisin. — *C. R. hebd. de la Soc. Biolog.*, 23 avril 1892, p. 330.
(15) Ch. Féré. — *C. R. hebd. de la Soc. Biolog.*, p. 260, 1892.
(16) Voulgres. — *L'élimination des phosphates dans les maladies du système nerveux et de l'inversion de leur formule dans l'hystérie.* Thèse de Lyon, 1892, p. 43.
(17) Gilles de la Tourette et Cathelineau. — *Soc. de Biolog.*, [illegible] avril 1892, et *Progrès médical*, no 17, 23 avril 1892, p. 316.
(18) F. Royer. — *Note sur la soi-disant formule urinaire dans l'hystérie. C. R. hebdomad. de la Société de Biologie*, [illegible] janvier 1893, p. [illegible].

nion est brièvement exprimée ; nos recherches et celles de M. Bosc semblent seules avoir attiré son attention, au moins n'en signale-t-il pas d'autres, aussi se borne-t-il pour les combattre à un total de 12 analyses pour 5 sujets qu'il qualifie d'hystériques, et cela lui suffit pour donner à notre formule du « soi-disant » et conclure à son rejet pur et simple.

A noter cependant que chez 2 malades sur 5 l'urée est abaissée le jour de l'attaque ; que sur les phosphates, tout en niant l'inversion de la formule, il « est moins en désaccord avec MM. Gilles de la Tourette, Cathelineau et Bosc.»

Tout est singulier du reste, au point de vue de l'hystérie, chez les malades de M. Royer ; tel malade (n° 2), qui avait une chute de l'urée, a quelques jours plus tard une augmentation le jour de l'attaque : même se trouve absent ce caractère, vieux comme la pathologie, tiré de la décoloration de l'urine et de sa faible densité. Six analyses des urines de la période d'attaque, comparées à celles du lendemain du paroxysme qui pouvait empiéter sur cette deuxième période, suffisent à M. Royer pour s'inscrire en faux contre les résultats obtenus par les auteurs précédemment énumérés et contre nos expériences qui ont porté sur plus de 100 malades et ont été variées autant que le comportait le sujet. Mais enfin M. Royer pourrait avoir raison contre nous et rien ne dit qu'il ne l'ait pas, si nous nous plaçons à un point de vue aussi juste que particulier que M. Royer n'a pas envisagé.

Pour contester nos recherches sur la formule chimique de l'hystérie, M. Royer s'est rendu dans un service de Bicêtre, celui de M. Féré qui ne reçoit, en fait d'hystériques, que des *aliénés* qui lui sont envoyés par le Bureau d'admission de l'Asile clinique. L'aliénation et l'hystérie peuvent s'associer, nous le savons parfaitement, mais M. Royer n'exigera pas de nous que nous lui fournissions l'indication bibliographique des auteurs qui se sont occupés des troubles de la nutrition dans l'aliénation mentale.

Quand on veut contrôler des recherches, il faut se placer sur le même terrain que l'observateur que l'on vise et il n'est pas douteux, dans la circonstance, que la coexistence de l'aliénation n'ait radicalement vicié les résultats de M. Royer, au point de vue de l'hystérie. Que cet auteur se mette dans des conditions analogues aux nôtres et nous ne doutons pas qu'il arrive à des résultats purement confirmatifs de ceux que nous avons obtenus et bien d'autres après nous. Il pourra ensuite tirer tels résultats qu'il jugera réels, au point de vue de la nutrition dans les associations morbides en pathologie mentale.

Hôpitaux de Paris. — *Cours de bactériologie à l'Amphithéâtre des hôpitaux.* — MM. les internes, externes et élèves des hôpitaux sont informés qu'un cours pratique de bactériologie s'ouvrira, le mercredi 1er mars 1893, au laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sous la direction de M. le Dr Lesage, chef du laboratoire. Des places seront réservées pour MM. les internes qui désireront poursuivre des recherches personnelles et continuer leur travaux jusqu'à la fin de l'année. MM. les élèves devront s'inscrire au laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux pour la mise en série.

Concours pour la nomination à trois places d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer. — Le lundi 13 mars 1893, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à trois places d'interne à l'hopital de Berck-sur-Mer. Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 13 février 1893, jusqu'au mardi 28 du même mois inclusivement.

Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 27 mars 1893, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 27 février 1893, et sera clos définitivement le samedi 11 mars, à trois heures.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Translation de la Fondation Civiale dans un hôpital autre que Necker.

L'*Union médicale* a ouvert le feu en racontant que, la mort de Horteloup ayant laissé vacant le service de Civiale à Necker, il était question de transporter autre part les salles affectées par le créateur de la lithotritie au traitement des maladies des voies urinaires.

La *Gazette des Hôpitaux* a pris la balle au bond et, trouvant qu'on n'a pas mis en assez bonne place le petit entrefilet que nous venons de citer, l'a développé et l'a discuté à son tour. Elle a bien montré qu'il n'y avait pas un grand intérêt pour les malades à un tel changement; mais, avec sa prudence de bonne renommée, elle s'est bien gardée d'insister sur le point délicat de la question. Que voulez-vous ? Tout le monde n'aime pas à trancher chaque semaine un nœud gordien, si peu compliqué soit-il !

L'*Union médicale*, comme la *Société des Chirurgiens des Hôpitaux*, où mercredi dernier ce sujet serait venu en discussion sur les antiques tapis verts de la rue de l'Abbaye, est d'avis qu'il y a intérêt pour la population parisienne à dédoubler pour ainsi dire l'hôpital Necker et à installer dans un hôpital de la rive droite le service des voies urinaires dû à la générosité de Civiale. « Comme nous l'approuverions sans réserve, fait remarquer la *Gazette des Hôpitaux*, si... » Ah ! mais, voilà, il y a un Si ! Et nous répéterions volontiers avec notre confrère : « Comme nous l'approuverions sans réserve, si... » Toujours le Si !

La *Gazette des Hôpitaux* a mis le Si en avant; mais elle n'a guère été plus loin. Elle a bien ajouté que la création de la chaire de clinique des maladies des voies urinaires comportait de la part du titulaire actuel l'abandon de son ancien service, celui créé par Civiale ; elle a bien raconté comment Horteloup devint le titulaire de ce dernier ; elle a bien signalé qu'Horteloup n'était pas encore remplacé ; mais c'est tout... Et voilà pourquoi votre fille est muette...

Avouez que sa restriction n'est guère expliquée par cette déclaration. La seule phrase intéressante dans cet article est celle-ci : « Ceux qui sont au courant des dessous de la question savent très bien que l'Administration ne prendra jamais d'elle-même l'initiative d'une pareille réforme. Mais alors d'où vient l'initiative ? *That is the question !* N'insistons pas sur ce point délicat; nos lecteurs comprendront notre réserve. »

Voilà le grand mot lâché ! Soyons plus brave et plus explicite. C'est qu'en effet si quelqu'un désire voir le service Civiale filer sur la rive droite, c'est parce qu'il est certain d'avance de ne pas voir s'établir sur les hauteurs de Montmartre ou de Belleville un nouvel hôpital Necker, c'est-à-dire un nouveau centre d'enseignement pouvant faire concurrence à celui de la Faculté. C'est parce qu'il sait bien que, quelle que soit la valeur du titulaire du service nouveau, il faudra du temps avant que ce chirurgien spécialisé ne se fasse là haut une sérieuse clientèle d'élèves ! Et voilà pourquoi ce quelqu'un tient à voir disparaître de ses entournures un voisin qui pourrait être gênant, surtout si ce voisin se trouvait être un jour, *comme par hasard*, un jeune homme en vue,

très actif, très parisien, déjà fort chamarré de titres officiels et déjà habile spécialiste ! Nous pourrions mettre des noms. A quoi bon ? Chacun de nous ne les connaît-il pas ? Toute clé est inutile : on entre ici sans frapper. C'est le secret de polichinelle.

En ce qui nous concerne, nous n'allons pas si loin que la *Gazette des Hôpitaux* et ne disons pas catégoriquement : « Il ne faut pas déplacer le service Civiale ! »

On peut le faire, et cela dans l'intérêt des malades, pour leur éviter des courses inutiles, par exemple, et pour bien d'autres raisons encore... Mais alors qu'on déplace sérieusement ce service ; qu'on l'installe comme celui de Necker, avec annexes de semblable importance ; qu'on lui donne pour chef un homme de valeur ; qu'en un mot *on ne le fasse pas disparaître*, sous prétexte d'un déménagement clandestin !

Si nous insistons sur ce point, c'est que nous tenons essentiellement à ne pas être dupes de manœuvres habiles, à ne pas « couper dans le panneau de Necker », — qu'on nous passe cette triviale, mais pittoresque expression ! Nous qui, comme rédacteur à ce journal, ne sommes pas dans les mêmes conditions que notre confrère de la *Gazette des Hôpitaux*, — dont les attaches avec la Faculté sont bien connues de tous, — nous n'avons pas cru devoir céler plus longtemps des opinions qui courent les rues et seulement répéter des réticences qui n'ont aucun sens pour tous les étrangers, pour ceux qui ne sont pas du bâtiment !

Que la Faculté se défende, rien de mieux ; mais que nous, qui n'en serons jamais, trouvions qu'elle nous monte un peu le coup, tout le monde trouvera cela naturel ! La concurrence, c'est le progrès. Si la Faculté est solide, elle n'a rien à redouter, avec les moyens dont elle dispose. Dès lors, que lui importe que florisse, à ses côtés ou ailleurs, un autre centre d'enseignement pour les maladies des voies urinaires !

D[r] X...

Traitement de la dilatation stomacale par la gastro-entérostomie.

A la dernière séance de la *Société de Chirurgie* (1), M. Reclus a relaté les détails d'une autopsie très intéressante qu'il a pu faire avec soin. Les résultats de cet examen nous ont vivement frappé, surtout en ce qui concerne les modifications survenues dans les dimensions de l'estomac, du fait même de l'opération.

Comme nos lecteurs pourront le constater en se reportant à notre compte rendu de cette Société, la *gastro-entérostomie a eu pour effet patent d'amener une diminution des plus notables* dans la *capacité du réservoir gastrique*. Il est donc désormais parfaitement établi que l'anastomose gastro-jéjunale est capable de provoquer à elle seule le retrait des parois stomacales, puisque l'opéré de M. Reclus présentait une dilatation considérable quand il a été opéré et que 6 mois plus tard, à sa mort, son estomac avait le volume normal.

Nous insistons tout particulièrement sur cette constatation anatomique, dont l'importance est capitale et dont le sens et la portée cliniques paraissent avoir totalement échappé à M. Reclus, car nous ne pouvons supposer un instant qu'il ignore nos publications à ce sujet et surtout celle de son ami, M. le P[r] Jeannel (de Toulouse) !

(1) Voir page 105.

Nous avons, en effet, été le premier à écrire (1) que, pour certaines formes de dilatation stomacale sans sténose organique du pylore — dilatations dont nous ne voulons pas encore spécifier les caractères cliniques — le traitement rationnel était la Gastro-entérostomie. Lors de la rédaction de notre premier article sur cette question nous n'avons apporté, pour la défense de notre idée, que des arguments théoriques, basés sur ce que nous avions observé en chirurgie biliaire ; mais aujourd'hui il ne nous serait peut-être pas très difficile de retrouver, dans la littérature étrangère, des faits aussi probants que celui de M. Reclus.

Nous n'ajouterons qu'un mot : une voie nouvelle s'ouvre décidément pour la chirurgie stomacale et, en présence d'autopsies de ce genre, personne ne songera plus désormais à critiquer M. le P[r] Jeannel d'avoir osé, le premier, faire de parti pris une gastro-entérostomie dans un cas de dilatation stomacale grave !

Nous reviendrons d'ailleurs sur tout cela au moment opportun ; nous tenions seulement à souligner la constatation de M. Reclus et à enregistrer son silence manifeste au sujet de la portée thérapeutique de son intéressante remarque.

Marcel Baudouin.

(1) Progrès médical, 16 juillet 1892, p. 44. — Archives Provinciales de Chirurgie, 1[er] janvier 1893, n° 1, T. II. — Progrès médical, 14 janvier 1893, n° 2, p. 23.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 février 1893. — Présidence de M. Galippe.

M. Ch. Richet a continué, avec M. Hanriot, l'*étude de la chloralose*. Les doses toxiques, si importantes à fixer quand il s'agit d'un produit qui peut être employé en thérapeutique, diffèrent suivant que la substance est introduite dans l'organisme par injections intra-veineuses ou autrement. Chez le chien, la dose mortelle est de 0 gr. 60 par kilogramme d'animal, par ingestion ; de 0 gr. 12 par injection. Ces proportions sont beaucoup plus faibles chez les oiseaux et chez le chat. La question d'accumulation du médicament a pu être tranchée d'une manière définitive.

MM. Magnan et Féré n'ont pas observé d'accidents fâcheux chez l'homme avec des doses variant de 40 à 45 centigr. par jour.

MM. D'Arsonval et Charrin, en étudiant l'*action du bacille pyocyanique sur la levure de bière*, ont constaté que la fermentation due à la levure était seulement suspendue par le bacille de Jessard ; en effet, celui-ci est aérobie et, quand l'oxygène du milieu a diminué, il est réduit à l'impuissance. D'autre part, il faut une quantité assez considérable de culture pour déterminer l'arrêt de la fermentation.

M. le D[r] Ervant Arslan. — *La peptonurie dans la scarlatine.* — La peptonurie dans la scarlatine a été très peu étudiée (Obermüller, Heller, Loeb, Binet). D'après les expériences que nous avons faites nous même dans la policlinique des enfants malades du P[r] Grancher, à l'époque (juillet-août 1892) où nous était confié le service des scarlatineux, nous pouvons dire que la peptonurie est un symptôme de la plus haute importance et qu'on ne doit jamais négliger de la rechercher. Nous retenons avoir

trouvé dans la peptonurie un signe précieux pour établir dès le début de la scarlatine un pronostic plus ou moins favorable. Etant donnée l'importance du sujet, nos expériences sont d'un intérêt qui n'est pas à mépriser, bien qu'elles demandent à être confirmées. Sur 21 malades atteints de scarlatine, nous avons analysé les urines méthodiquement chaque jour, même deux fois. Onze de ces malades, avec scarlatine à marche régulière, ne présentèrent jamais la peptonurie. Chez les dix autres malades avec diverses complications (angine pseudo-diphtéritique (streptocoque), épistaxis, érythème infectieux, troubles gastro-intestinaux, épididymite, etc.), nous avons observé toujours des peptones dans les urines. Conclusions : 1° Dans la scarlatine bénigne et à marche régulière la peptonurie n'existe pas. 2° Dans la scarlatine avec complication la peptonurie existe, fréquemment même elle la précède. 3° La présence de quantité notable de peptones dans les urines des scarlatineux est un mauvais signe de pronostic. 4° La peptonurie n'a aucun rapport avec l'albuminurie, ni le pouls, ni la température. 5° Dans la scarlatine grave, à la peptonurie s'associe l'indicanurie.

MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau défendent leur *formule chimique de l'urine dans l'attaque d'hystérie*, attaquée dans une des séances précédentes.

M. Duval dépose une note de M. Durand sur la présence de *fibres musculaires radiées* dans l'iris des oiseaux.

M. d'Arsonval dépose une note sur *les courants électriques à très haute fréquence*.

MM. Lesage et Pineau relatent l'observation d'un cas d'*endo-péricardite à pneumocoques* avec propagation aux plèvres et au péritoine. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 janvier 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

M. Pinard revient sur la question de l'*Ischio-pubiotomie*. Il démontre que l'opération dont il a entretenu l'Académie n'est pas due à M. Stoltz, comme l'a soutenu M. Charpentier.

M. Charpentier lit les conclusions de son mémoire sur le *traitement de l'éclampsie*.

M. Pinard rappelle les travaux publiés sur la question et insiste sur la prophylaxie et le traitement de l'éclampsie par le régime lacté.

MM. Guéniot, Lancereaux, Robin et Tarnier prennent part à la discussion.

Les sœurs Radica-Doodica d'Orissa (Xiphopage de l'Hindoustan).

M. le Dr Alph. Guérin (1) présente à l'Académie le cas nouveau de monstre double, tout à fait analogue à celui des frères siamois, qui a été décrit récemment par M. Marcel Baudouin. Il s'agit, on le sait, de deux fillettes, agées de trois ans et demi, nées à Newapara, province d'Orissa, au sud du Bengale, dans les Indes anglaises et s'appelant Radica-Doodica Khettronaïk. Elles sont reliées entre elles par un pédicule large d'un peu plus d'un décimètre, au niveau de l'appendice xiphoide (*Xiphopage*). M. le Dr Marcel Baudouin a constaté qu'il n'y avait chez ces deux enfants aucune inversion des viscères. Ce fait est très important au point de vue théorique. M. Baudouin est d'avis qu'elles sont opérables. M. Guérin n'examine pas cette question : il constate seulement que l'administration d'un sel de fer à l'une d'elles seulement colore en noir les *excreta* de l'une et de l'autre. En présence de ce fait n'est-on pas en droit de se demander s'il n'existe pas une communication quelconque entre les annexes de l'appareil digestif de l'une et de l'autre ? Quoi qu'il en soit, l'opération que propose M. Marcel Baudouin a déjà été tentée avec succès deux fois, comme ce dernier l'a rappelé dans un article publié par la *Revue scientifique* (2).

(1) Voir plus loin (p. 107), à ce propos, les notes de la *Société d'Anthropologie*.

(2) Voir in *Revue scientifique*, n° 3, 21 janvier 1893 : *Les monstres doubles opérables*, avec photographies des sujets opérés.

M. Guéniot présente une *naine* de la taille de 1 m. 15, chez laquelle il a pratiqué avec succès l'opération césarienne à terme ; l'enfant est rachitique.

Elections. — Il s'agit de l'élection d'un associé national. Votants : 54, majorité 28. Ont obtenu : M. Arloing, 53 voix ; 1 bulletin blanc. M. le Pr Arloing (de Lyon) est déclaré élu. E.

Séance du 7 février 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Suite de la discussion sur l'éclampsie.

M. Jaccoud, depuis 1872, emploie le régime lacté: 1° comme traitement de l'albuminurie gravidique, 2° comme traitement préventif de l'urine, 3° comme traitement curatif de l'urémie. L'efficacité de ce régime est telle qu'il suffit, sauf dans certains cas d'urémie à marche très rapide où il faut employer comme moyens d'action plus prompte la saignée et les purgatifs drastiques. Sitôt l'albumine constatée chez une femme enceinte il faut instituer le régime lacté exclusif et le continuer jusqu'après l'accouchement. Il faut le continuer même si l'albumine disparait. L'albuminurie n'est en effet que le signal du danger, le signal de l'insuffisance de la dépuration urinaire. Celle-ci peut persister l'albumine disparue. Pour apprécier ce deuxième élément du pronostic des analyses complètes de l'urine des 24 heures seraient nécessaires chaque semaine. Depuis 1880 M. Jaccoud associe l'oxygène au régime lacté. Il en donne trente litres en 24 heures en cas d'albuminurie simple, remonte à quatre-vingt-dix litres en cas d'albuminurie avec insuffisance de la dépuration. Pour prévenir l'albuminurie gravidique M. Jaccoud serait disposé à essayer chez toutes les femmes enceintes le régime lacté mixte comprenant pendant les six premiers mois un litre et demi de lait par jour, pendant les trois derniers mois deux litres de lait, pendant les deux mois qui suivent l'accouchement un litre de lait par jour. Trois femmes atteintes d'accidents cardiaques graves et soumises à ce régime mixte ont accouché à terme sans accidents, sans albuminurie. Un dernier point important chez les femmes enceintes albuminuriques est d'éviter avec soin tout refroidissement surtout à partir du sixième mois. Le froid peut en effet entraîner une obstruction rénale brusque et des accidents d'urémie suraiguë. La saignée constitue le seul moyen suffisamment rapide de lutter contre ces accidents foudroyants. Il faut parfois la répéter deux ou trois fois.

Le choléra en 1892.

M. Proust montre qu'en 1892 il y a deux courants cholériques distincts. Le premier, né le 4 avril dans la banlieue de Paris, n'a gagné Paris qu'en juillet, puis il a rayonné vers le Nord et l'Ouest de la France, envahissant finalement la Belgique. Le second, venant du Turkestan, s'est montré a Bakou le 4 juin déterminant les épidémies de Transcaucasie, du Sud de la Russie, de Hambourg, de Galicie, de Hongrie, de Hollande. En Hollande les deux courants semblent s'être fusionnés. Le choléra parisien a une marche lente comme les épidémies de reviviscence aussi bien dans son expansion dans l'accroissement de la mortalité que dans la dissémination. Le choléra du Turkestan a eu une expansion brusque, un accroissement de mortalité rapide, une puissance de dissémination considérable. Ce contraste entre les allures des deux courants cholériques est remarquable et jusqu'ici unique dans la science. Sous l'influence des froids rigoureux de cet hiver peut-on espérer l'extinction complète des nombreux foyers créés ? Il est prudent pour l'affirmer d'attendre le printemps et l'été. Il sera intéressant de savoir lequel du choléra français ou du choléra transcaucasien aura le pouvoir de reviviscence le plus marqué. Le choléra, en 1892, a envahi presque toute l'Europe, sauf l'Espagne, la Suisse, la Suède, la Turquie, la Grèce. La Norwège, l'Italie, le Danemark, l'Angleterre ont été très peu atteints. Par contre l'épidémie de Russie a tué près de 400,000 individus. Les difficultés à vaincre pour la prophylaxie ont été extrêmes en raison de la marche envahissante de l'épidémie, de la misère

et de l'ignorance des populations. L'épidémie de Perse a été plus terrible encore, tuant 80,000 personnes, plus du centième de la population. L'épidémie de Hambourg a tué 8,575 malades sur 19,647 cas. La population ne boit que l'eau de l'Elbe non filtrée prise à quelques mètres de l'embouchure des égouts, condition terrible au point de vue de la propagation. Les épidémies de Belgique et de Hollande ont surtout offert comme caractère intéressant la part prise par la navigation fluviale dans la propagation. Dans une prochaine séance M. Proust étudiera l'épidémie de la banlieue parisienne.

Altérations des fibromes utérins pendant la grossesse.

M. Cornil a examiné histologiquement un fibrome utérin très volumineux. Après l'ablation on reconnut que l'utérus enlevé renfermait, de plus, un fœtus de quatre mois. Or, dans le fibrome, existaient des îlots mortifiés avec dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires ramollis par places, très distincts des portions de myome vivant. Ce travail de dégénérescence peut expliquer l'atrophie plus ou moins complète et non la disparition de certains fibromes après la grossesse et l'accouchement.

Infections tuberculeuses secondaires à la tuberculose latente.

M. Kelch pense que la granulie est plus souvent le résultat d'auto-infections par d'anciens foyers ganglionnaires osseux que d'infections d'origine extérieure par les voies respiratoires ou digestives. Dans un cas, une granulie eut aussi pour point de départ d'anciens noyaux enkystés de la plèvre. A côté de la contagion et de l'infection, la résistance individuelle joue donc un grand rôle. Les médecins militaires notent de plus en plus l'influence de l'hérédité, l'influence des mauvaises conditions hygiéniques et du surmenage si fréquent dans les armées actuelles à côté de la contagion. Il faut, dans la prophylaxie, faire la part de ces divers éléments. Les lésions cachées de la tuberculose, les anciens foyers latents peuvent exister chez des sujets très vigoureux. Il serait fort important d'éliminer ces sujets de l'armée. Malheureusement le diagnostic est impossible.

Cholécystectomie idéale.

M. Monod présente un malade de 44 ans chez qui il a fait la cholécystectomie idéale à sutures perdues. La vésicule enlevée contenait 233 calculs. Les conditions qui ont permis de tenter la cholécystectomie idéale étaient : 1° la nature du liquide renfermé dans la vésicule, liquide clair, transparent, sans mélange de bile ; 2° l'absence de tout écoulement par la vésicule, une fois ouverte, et cela sans que l'oblitération du col fût due à un calcul : 3° l'absence d'ictère, de coliques hépatiques dans les antécédents. Par suite, la vésicule pouvait être regardée comme une cavité close avec oblitération complète du canal cystique, indépendante de l'appareil biliaire. La suture perdue pouvait donc produire un effet utile et permanent. Dans d'autres conditions, il serait préférable de fixer la vésicule à la paroi abdominale. M. Monod rappelle qu'il n'existe que quatre ou cinq observations semblables. Une des plus remarquables a été présentée à l'Académie par M. Ch. Périer, le 7 octobre 1890.

Elections. — La *Correspondance* comprend des lettres de candidatures de M. Landouzy (section de pathologie médicale) et de M. Le Roy des Barres (de Saint-Denis) (place de correspondant national).

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Polaillon sur les titres des candidats correspondants étrangers. Sont présentés :

En première ligne, M. Mac Cormac (de Londres) ;

En deuxième ligne, M. Tilanus (d'Amsterdam) ;

En troisième ligne, *ex æquo*, M. Durante (de Rome), M. Esmarch (de Kiel).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 3 février. — Présidence de M. Fernet.

M. Raymond. — *Des relations éventuelles de la syphilis avec certaines amyotrophies à marche progressive.* — Le premier malade dont les lésions ont pu être histologiquement étudiées était un homme de 41 ans, employé à la préfecture. Chez lui double hérédité nerveuse paternelle et maternelle et arthritisme. Variole hémorrhagique en 1870. En 1874, il contracte la syphilis et fait quelques excès alcooliques. Le début de la maladie pour laquelle il vint consulter remontait à 1885; les premiers phénomènes consistaient en douleurs lancinantes, légères et passagères dans l'épaule droite; quelque temps après crampes de la main droite qui empêchent le malade d'écrire longtemps. La moindre fatigue amenait un état de raideur spasmodique des doigts, qui cédait au repos. En 1889, apparition d'une diplopie par déviation de l'œil droit qui disparut au bout de 2 mois, puis douleurs lancinantes dans la nuque, les deux épaules et le bras droit, gêne respiratoire qui augmente rapidement. En septembre de la même année les doigts de la main droite commencent à se paralyser progressivement de dedans en dehors, en même temps la main maigrit. Puis successivement l'avant-bras, l'épaule et la nuque se prennent. Au moment du 1[er] examen (février 1890), la moindre conversation essouffle le malade; il y a paralysie presque complète des cordes vocales, la tête fléchie sur le tronc est un peu déviée à gauche. La vertèbre cervicale fait une saillie considérable ; outre cette sorte de gibbosité, il y a scoliose légère et une ensellure lombaire marquée. Le trapèze droit est atrophié, le gauche l'est moins et seulement dans sa région inférieure ; les pectoraux, les grands dentelés sont atteints surtout à droite. Les muscles du membre supérieur droit sont atrophiés, particulièrement ceux de l'épaule, de la partie postérieure de l'avant-bras et de la main. Les muscles de l'épaule gauche et de la région postérieure de l'avant-bras sont pris, mais à un moindre degré. Rien du côté des membres inférieurs.

Les réflexes sont normaux aux membres supérieurs et inférieurs. Les muscles atrophiés présentent des contractions fibrillaires et la réaction de dégénérescence est plus ou moins complète, suivant le degré d'atrophie. La sensibilité est absolument conservée, rien aux sphincters. A partir de ce moment l'atrophie progresse vite et envahit les deux membres supérieurs, le cou, le thorax, respectant les membres inférieurs dont les réflexes s'exagèrent. La difficulté pour respirer devient extrême, dysphagie, légers troubles trophiques (rougeur et œdème) à la main droite. Le malade meurt le 25 avril 1891, de complications pulmonaires. L'autopsie montre qu'il s'agit d'une *méningomyélite vasculaire* diffuse portant sur toute l'étendue de la moelle et du bulbe, mais prédominant à la région cervicale, où il y a une atrophie considérable des cellules glanglionnaires. Le faisceau pyramidal en bas et le cordon de Goll en haut étaient plus altérés que les faisceaux environnants. Le second malade est un homme de 40 ans, employé de bureau. Sa mère et sa grand'mère ont présenté des accidents nerveux. Il contracte la syphilis en 1883. Au commencement de 1891 sorte de parésie du petit doigt gauche qui envahissait peu à peu les autres doigts, quelques mois après atrophie des muscles de la nuque qui devient douloureuse. Enfin l'atrophie passe à la main droite. Le 27 février 1882, il présentait l'état suivant : la tête se penchait sur la poitrine, les mains étaient tombantes, les doigts en griffe, les muscles du bras assez bien conservés, ceux des épaules commençaient à s'atrophier. Les membres inférieurs étaient intacts, les réflexes rotuliens exagérés, pas de troubles sensitifs. Actuellement l'état du malade s'est légèrement amélioré, les réflexes sont devenus normaux. Les observations de deux malades analogues ont été autrefois publiées par Vulpian, c'étaient aussi d'anciens syphilitiques.

On peut, en s'appuyant sur ces faits, dire qu'on n'a pas jusqu'ici tenu suffisamment compte du rôle de l'*infection* et particulièrement de la syphilis dans le développement de certaines formes d'amyotrophie. Il ne paraît pas douteux en effet que ce ne soit la syphilis qui doive être incriminée chez les deux malades cités. Il reste bien entendu qu'il ne s'agit que

d'amyotrophies myélopathiques consécutives à une syphilis ancienne. Celles-ci, contrairement au type Aran-Duchenne, sont toujours précédées de douleurs vives et se terminent par une véritable paralysie ; quoiqu'elles soient d'origine spécifique, elles sont absolument rebelles au traitement.

M. Rendu a vu un malade présentant des antécédents névropathiques (paralysie générale) qui, ayant pris la syphilis, fut atteint quelques années après de symptômes de paralysie générale, mais avec un jetage nasal extrêmement abondant qui fit penser à la possibilité de l'existence d'une méningo-myélite. Sous l'influence d'un traitement spécifique intensif, tous les accidents disparurent. 18 mois après, il revenait avec une atrophie des muscles du cou et douleurs rappelant, bien que faiblement, les douleurs des névrites. La maladie se termina par les signes de la paralysie labio-glosso-laryngée. Peut-être cette atrophie a-t-elle été la conséquence de la compression des troncs nerveux par les exsudats méningitiques, mais il est à croire que la syphilis ne fut pas sans importance dans ce cas.

M. Huchard, à propos d'un malade atteint d'*hypochondrie à forme angineuse terminée par le suicide*, insiste sur l'importance qu'il y a à faire le diagnostic des angines de poitrine vraies et des fausses. Il s'agit d'un notaire qui, ayant assisté à la mort de son prédécesseur par angine de poitrine, fut pris de terreur et demeura convaincu qu'il était lui-même atteint de la même affection. Il consulta différents médecins dont les uns nièrent, les autres trouvèrent l'angine de poitrine. L'examen attentif pratiqué par M. Huchard permit cependant de reconnaître qu'il n'en existait pas et, pour rassurer le malade, il lui permit de fumer tant qu'il voudrait. Le malade n'en partit pas moins convaincu qu'il était atteint d'angine de poitrine et, deux jours après, il se suicidait. Cet homme était donc en réalité un aliéné atteint d'une forme particulière d'hypochondrie qu'on pourrait appeler *angino-phobique*. Une de ses sœurs avait été séquestrée. Ce fait prouve l'importance qu'il y a à distinguer les vraies angines de poitrine des fausses. C'est parce que cette distinction n'a pas été faite par les différents médecins consultés par le malade que son existence a été empoisonnée et qu'il a mis fin à ses jours.

M. Raymond. — Ce qui était important pour rassurer ce malade sur son état, c'était de mettre sur sa maladie l'étiquette précise. C'était *un obsédé*, car on retrouve dans ce fait les caractères des obsessions des dégénérés. Il a mis fin à ses jours comme cela se voit souvent, simplement pour échapper aux tortures angoissantes de cette obsession.

M. Séglas se range à l'avis de M. Raymond ; il ne s'agit pas d'une forme spéciale d'hypochondrie, l'anxiété précordiale est la règle chez les obsédés, d'où chez eux la crainte fréquente de l'angine de poitrine. Ce fait n'est donc qu'un de ces exemples si nombreux de nosographie à forme angoissante que présentent souvent les dégénérés. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 février 1893. — Présidence de M. Périer.

Gastro-entérostomie.

M. Reclus. — Le malade opéré par moi le 3 août 1892 est mort le 3 janvier 1893. Il a vécu cinq mois, jour pour jour. Le bénéfice qu'il a retiré de son opération ne s'est pas démenti un instant. Je vous présente un dessin de la pièce anatomique qu'il a fournie. Sans parler d'une tuberculose concomitante, je note seulement qu'il n'a succombé qu'à la généralisation cancéreuse, surtout dans l'intestin. Une bride cancéreuse allait déterminer certainement une occlusion intestinale quand il est mort. Ce qui m'a frappé, au cours de l'examen de cet estomac, c'est qu'il avait les dimensions d'un estomac normal. Or, lors de l'opération, il était énormément dilaté (1). L'infiltration cancéreuse s'étendait presque jusqu'à l'anastomose, cela parce que cette bouche avait été faite un peu trop près du pylore. Le pylore était encore un peu perméable. Le bout duodénal de l'anastomose n'était pas dilaté ; il avait 15 centim. Là se déversaient les sucs biliaire et pancréatique ; on y trouva, en outre, quelques matières alimentaires sans caractères spéciaux. Les fils de soie qui avaient servi à faire une partie des sutures étaient tous intacts, non digérés. M. Reclus, en terminant, insiste sur la place à donner à l'anastomose. Autant que possible il faut la faire à une notable distance du pylore. La disparition de la dilatation montre qu'il est indifférent de placer la bouche soit en avant, soit en arrière, et l'état constaté du bout duodénal démontre l'inutilité de certaines opérations récemment proposées (1).

M. Terrier. — La malade que j'ai opérée, en octobre 1892, va aujourd'hui très bien ; de 66 elle a monté à 77 kil. Sa tumeur est pourtant nettement appréciable à l'heure actuelle. J'ai fait depuis une autre gastro-entérostomie sur une malade atteinte, depuis 18 mois, de troubles digestifs. Elle avait un carcinome stomacal. Opérée le 12 novembre 1892, elle a succombé à l'opération qui avait été très difficile, en raison des adhérences et de la dégénérescence de l'épiploon. Je n'ai pas fait de lavage. Elle est morte parce qu'elle a été opérée trop tard : elle n'a pas pu résister à l'opération. Les médecins devraient nous faire opérer leurs malades beaucoup plus tôt. Quoi qu'il en soit, la gastro-entérostomie me paraît indiquée dans tous les cas de cancer, où il faut tout risquer, car on se trouve en présence de condamnés à mort.

M. Le Dentu fait une communication sur le *faux ballottement rénal*. Par quatre faits, il démontre que le ballottement dit rénal peut n'avoir rien de rénal et être, au contraire, en rapport avec des tumeurs de la vésicule biliaire. Ce qui permettra de distinguer ces tumeurs biliaires des affections du rein, ce seront les signes habituels, décrits dans tous les classiques. On a beaucoup exagéré la valeur diagnostique de ce ballottement.

M. Reclus cite un cas confirmatif de l'opinion de M. Le Dentu.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) adresse une note sur un cas de *corps étranger de l'articulation du coude extrait et suivi de guérison*.

M. Pozzi décrit un procédé opératoire nouveau destiné à combattre la *sténose congénitale du col de l'utérus*. M. Pozzi l'appelle *évidement commissural du col*. Pour l'exécuter, il suffit de fendre le col en deux valves et de réséquer sur chacune des valves un peu de tissu utérin. Nous ne faisons que mentionner cet intéressant procédé, dont la description, assez complexe nous ferait sortir des limites qui nous sont imposées.

MM. Marchand et Segond demandent quelques explications complémentaires à M. Pozzi.

M. Pozzi fait ressortir la supériorité de son procédé sur l'opération de Schrœder et montre que ce déchirement du col n'a pas les inconvénients des déchirures traumatiques de cet organe.

M. Ricard lit une observation de *spina bifida extirpé* chez une jeune femme de 25 ans.

M. Bazy lit un travail sur la *lithotritie périnéale et le traitement des calculs vésicaux dans les cas de rétrécissements de l'urèthre*. Quand la dilatation du canal est possible, on la fait avant la lithotritie. Quand cette dilatation n'est pas praticable, on peut faire d'abord soit l'uréthrotomie interne, soit l'uréthrotomie externe avec ou sans extirpation du rétrécissement, soit les 2 opérations ensemble, soit encore la taille hypogastrique. M. Bazy apprécie successivement la valeur de ces diverses manières de procéder. L'uréthrotomie externe est surtout indiquée dans les cas de fistule, de callosités, etc. ; la taille hypogastrique, quand la grosseur et la dureté des calculs sont telles que la lithotritie n'est pas réalisable.

M. Th. Anger prétend que M. Bazy a tort de ne pas tenir compte du volume de la prostate.

M. Bazy répond qu'il ne saurait s'en désintéresser, mais qu'il n'a pas voulu aborder ce point de la question.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 2 février. — Présidence de M. de Beauvais.

De la récidive des maladies éruptives.

M. Ramonat. — La question de la récidive des maladies

(1) Voir le *Bulletin*, p. 102.

(1) Voir Jaboulay (*Archiv. Prov. de Chir.*, nos 1, 5 et 6, 1892).

éruptives est des plus intéressantes pour le praticien (Voir le N° du 4 février du *Progrès médical*). J'admets la récidive fréquente de la rougeole, mais seulement très rare pour la scarlatine. J'ai vu de nombreux cas de récidive très accentuée pour la rougeole et seulement des cas douteux pour la scarlatine. En général, la seconde poussée de rougeole est moins accentuée que la première. Comme les observateurs qui ont déjà rapporté des cas, j'ai constaté que, le plus souvent, les récidives de rougeole se succèdent très rapidement, à un ou deux ans d'intervalle seulement.

Des sanatoria et des conditions de leur installation en France.

M. Bardet. — L'emploi des moyens hygiéniques tend à prendre une place très importante dans la thérapeutique et l'avenir est certainement à la prophylaxie : or, à ce point de vue, il est à supposer que le séjour des malades chroniques, tuberculeux, lymphatiques, diabétiques, anémiques, scrofuleux dans les *sanatoria* deviendra de plus en plus fréquent. A ce point de vue, le choix d'un climat tempéré permettant le séjour pendant toute l'année devient nécessaire. Les graphiques obtenus en prenant la moyenne mensuelle des minima et des maxima de chaque jour et la température moyenne de chaque jour prouve, qu'à ce point de vue, la courbe de Brest est de beaucoup supérieure à celle de Nice et d'Arcachon, pour l'uniformité du climat, et supérieure à celle d'Arcachon pour la courbe des minimas d'hiver. Brest est le point de France qui a le moins de jours de gelée par an. Au point de vue de la pluie, Brest et Arcachon sont très humides, mais d'autres régions de Bretagne reçoivent très peu d'eau et l'on y peut trouver des expositions favorables à tous les points de vue.

De la cure des varices par la résection de la veine saphène.

M. Reynier présente un malade qu'il a opéré de varices considérables des deux jambes par la résection de la veine saphène. Ce n'est pas, à proprement parler, une cure radicale, mais une amélioration très réelle. Il a employé le procédé de Trendelenburg. Trendelenburg avait observé qu'en élevant le membre variqueux les veines se dégonflaient et que si, au moyen du pouce, on comprimait la saphène, le réseau veineux ne se regonflait plus en abaissant la jambe ; d'où l'idée de la résection de la saphène au-dessous de la bande d'Esmark. L'amélioration que l'on obtient de la sorte est tellement sensible que les malades opérés d'une jambe viennent d'eux-mêmes demander qu'on renouvelle l'opération à l'autre jambe. Les ulcères variqueux guérissent aussi beaucoup mieux et surtout ne récidivent pas. Cela n'empêche pas de porter encore pendant quelque temps des bas élastiques. Il faut surtout revoir les malades sept à huit mois après l'opération. Les résultats immédiats comme rapidité de guérison des ulcères, par exemple, ne semblent pas toujours dépasser de beaucoup ce que l'on obtenait sans opération; mais le résultat tardif est de beaucoup supérieur puisqu'il n'y a pas de récidive. Dr Plicque.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 8 février 1893. — Présidence de M. Hallopeau.

M. Weber, à propos de la lecture du procès-verbal, revient sur la question de la réaction chimique du rectum. Il a trouvé le rectum neutre chez quatre chevaux bien portants et, de l'avis d'un physiologiste distingué, qu'il a interrogé à ce sujet, il en serait de même chez l'homme.

M. Main s'est livré à ce propos à des recherches bibliographiques. MM. G. Sée, Gautier et Beaunis considèrent le rectum comme un milieu acide par le fait des produits de décomposition. Lorsqu'il est alcalin, cela est dû à l'exagération de la production d'ammoniaque.

M. Catillon se défend d'avoir prétendu que le rectum fût acide. Selon lui, il est tantôt acide, tantôt alcalin, tandis que Béclard dans sa physiologie prétend qu'il est alcalin.

M. C. Paul est d'avis que la réaction de l'ampoule rectale, où les matières se condensent, est différente de celle du reste du rectum.

M. Catillon fait remarquer que les observations qu'il a faites à ce sujet portaient sur l'eau d'un lavement; chez l'homme, cette eau était toujours acide. Chez le chien, il a fait absorber par le rectum, sans acide, de l'albumine mélangée à de la pepsine; ce qui n'aurait pu avoir lieu dans un milieu alcalin.

M. Petit présente deux produits nouveaux. Le premier, le benzo-paracrésol, est un corps bien défini, facile à préparer, soluble dans l'éther, le chloroforme, en petite quantité dans l'alcool, insoluble dans l'eau. Ce corps peut rendre des services comme antiseptique. Le second, appelé dulcine en Allemagne, est le paraphénétol carbamide. Ce corps, facile à préparer et soluble dans l'eau et dans l'alcool, sucre aussi puissamment que la saccharine. Il a l'avantage sur elle d'être directement soluble dans l'eau et d'être d'une saveur plus agréable.

M. C. Paul fait remarquer que la saccharine est un excellent antiseptique de la bouche, il serait heureux de constater cette même propriété à la dulcine.

M. Petit signale l'antispasmine, prétendue combinaison de narcéine et de salicylate de soude, qu'il croit un simple mélange. Cette préparation, fabriquée en Suisse, n'aurait pour lui aucune valeur.

M. C. Paul rappelle que les expériences que Cl. Bernard fit avec la narcéine, n'ont pas été faites avec l'alcaloïde que l'on appelle actuellement de ce nom. La véritable narcéine est insoluble et inactive. L'alcaloïde dont se servit Cl. Bernard était soluble, moins toxique et plus soporifique que la morphine; on n'a pu depuis retrouver ce précieux produit.

M. Bardet, en faisant ses recherches sur les alcaloïdes soporifiques de l'opium, a absorbé jusqu'à 1 gr. de narcéine sans constater le moindre effet. Le corps expérimenté par Cl. Bernard devait être un produit complexe de décomposition dû au hasard des procédés de préparation dans la séparation des alcaloïdes de l'opium.

M. Vigier présente à la Société des emplâtres aseptiques et antiseptiques, destinés à remplacer avantageusement les sparadraps ordinaires.

M. Hallopeau fait part de l'observation qu'il a faite sur l'atténuation de l'irritation de certains acides, tels que l'acide phénique et l'acide tartrique lorsqu'on les emploie en solution dans une huile ou dans la glycérine.

M. P. Vigier explique ce fait par la difficulté que la glycérine a à imbiber la peau. Il s'est badigeonné tout le corps avec une solution d'iodure de potassium dans la glycérine, sans constater à la suite la présence de l'iode dans ses urines.

M. Crinon fait observer que depuis très longtemps la remarque de M. Hallopeau a été faite. Il ne veut pas ouvrir une discussion sur l'absorption par la peau, ce qui mènerait trop loin; toutefois, il a constaté sur lui-même que l'acide phénique en solution dans l'alcool ne devient irritant que si on le met en présence de l'eau. Il n'est donc pas étonnant que des solutions dans la glycérine jouissent des mêmes propriétés.

J. Noir.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 9 février 1893. — Présidence de M. Lallier

A l'occasion du procès-verbal, M. Hallopeau prend la parole sur le *diagnostic de la lèpre et de la morphæa alba plana.* L'examen des biopsies pratiquées chez la malade atteinte de morphæa alba plana qui a été présentée a été fait par M. Jeanselme, ses résultats ont été négatifs en ce qui concerne le bacille de Neisser. Les partisans de l'hypothèse qui tend à identifier les deux maladies peuvent il est vrai invoquer la possibilité d'une localisation du parasite dans les nerfs trophiques, mais les caractères cliniques suffisent à montrer que cette supposition est erronée ; on ne retrouve en effet dans la lèpre maculeuse, ni la conservation parfaite de la sensibilité, ni l'induration ligneuse, ni la pigmentation consécutive à l'achromie, ni la restitution *ad integrum* des parties malades ; il faudrait admettre une lèpre modifiée à tel point qu'elle serait méconnaissable ; aucune raison plausible ne peut être invoquée en faveur de

cette hypothèse si les troubles tropho-névrotiques qui constituent la morphœa alba plana sont liés à la présence d'un parasite, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas d'un bacille de Neisser car celui-ci donne lieu à des accidents d'une tout autre nature.

M. le Secrétaire général lit une notice nécrologique sur le Pr Mansouroff, membre correspondant de la Société, par M. le Pr Pospeloff (de Moscou).

M. le Président annonce la mort de M. Manasséi (de Rome), membre correspondant; de M. Horteloup, membre titulaire; et de M. le Pr Hardy, président d'honneur de la Société. Il lève la séance en signe de deuil.

Les communications et présentations des malades sont remises à la séance du 16 février. Paul Raymond.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 2 février 1893. — Présidence de M. Salmon.

M. Letourneau complète sa communication au sujet des *quatre caractères alphabétiformes* et du caractère ornemental en crosse qu'on trouve sur la pierre dolmènique « des marchands » de Loc Maria Ker. Ces signes graphiques se retrouvent sur d'autres monuments des régions celtiques et sur d'autres dolmens de la même région : on les voit sur le dolmen de Gavrinès, par exemple, et sur des pierres dolmeniques d'Irlande. Les cinq caractères alphabétiformes sont reconnaissables dans les inscriptions rupestres des Canaries, de l'Espagne, du Sahara, de Tunisie. Ils sollicitent un rapprochement avec les vieux alphabets nord-africains et l'association de plusieurs de ces signes existe peut-être dans certains cartouches égyptiens dont nous connaissons la signification. Il semble, en résumé, dit M. Letourneau, qu'on se trouve en présence d'un alphabet en voie de formation chez des peuples constructeurs de dolmens, venus du Sud, c'est-à-dire du Nord africain. La diffusion de ces caractères est remarquable et mérite de fixer l'attention.

M. A. de Mortillet estime que, pour qu'il y ait alphabet et écriture, il faudrait de l'ordre dans la disposition. Les lettres renversées sont ordinairement dues à l'imperfection des moyens techniques de gravure. Si les inscriptions dolmeniques étaient alphabétiques on les retrouverait sur des vases et du métal. Ce sont plutôt de véritables tableaux plus ou moins frustes. Le caractère rond de Loc Maria Ker, par exemple, se retrouve sur les rochers scandinaves, associé ou non à des figurines qui en déterminent la signification de bouclier. Le signe crosse se retrouve uniquement gravé sur les dalles dolmeniques de la Charente et du Gard. Peut-être est-ce une reproduction du bâton recourbé, de la matraque de l'homme de l'époque.

M. Laborde présente les deux *fillettes indiennes* (*Xiphopage*) qu'on exhibe actuellement en Europe et qui rappellent imparfaitement les deux frères siamois. M. Laborde rappelle que M. Marcel Baudouin en a fait une étude très approfondie et a donné de ce cas de xiphopagie une explication qui diffère légèrement de celle de M. Dareste. Doodica et Radica sont nées en 1889, au Bengale, d'une mère ayant eu six enfants bien conformés. A l'accouchement, présentation par les têtes, l'une derrière l'autre, Radica étant l'aînée. Le père, sous l'effet de la superstition ambiante, tenta une intervention chirurgicale grossière et fut condamné... pour exercice illégal de la médecine. Les deux fillettes présentent tous les organes normalement en place. Peut-être le pédicule ostéo-cartilagineux et fibreux, leur trait d'union, contient-il un lobule du foie ou une anse intestinale contrariant, dans ce cas, l'innocuité de l'intervention. Les sels de fer, absorbés par l'une, reparaîtraient également chez l'autre des deux sœurs ; mais peut-être y aurait-il transmission par absorption vasculaire de ces sels solubles (1). Il n'y a pas, comme dans la thoracopagie, inversion d'organes. Le synchronisme du cœur et des pulsations est parfait. Le pédicule accuse un bruit unique. L'examen d'une communication nerveuse d'un sujet à l'autre a donné des résultats négatifs. Il y a également synchronisme dans le fonctionnement des organes de la vie végétative.

MM. Laborde et Hervé trouvent le même indice céphalique (75) sur les deux sujets, tandis qu'à Bruxelles on avait trouvé 75 pour Radica et 72 pour Doodica. Il y a une petite différence dans l'indice nasal, Doodica ayant le nez un peu moins élargi. L'intervention chirurgicale paraît possible (1).

M. Hervé continue l'exposé des résultats auxquels l'étude des *races du Morvan*, étude entreprise avec M. Hovelacque, les a conduits. Il examine aujourd'hui la taille considérée, notamment dans l'arrondissement de Château-Chinon. Il résulte, des chiffres comparés, qu'on se trouve en présence de l'intervention d'une race de haute taille étrangère au Morvan. La taille du Morvan est moyenne : elle atteint de 1m60 à 1m65, et sa fréquence est dans la proportion de 36,43 0/0. Le Morvan avait autrefois une plus forte proportion de petites tailles. L'élément de grande taille est d'origine burgonde, kimri. La race morvandaise, proprement dite, est petite, celtique. Les deux races se trouvent en contact et leur influence se manifeste dans les chiffres de la taille comme elle se manifeste dans la forme du crâne, ainsi qu'une précédente communication l'a mis en évidence. G. Capus.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

De l'emploi thérapeutique du bromure de camphre ou camphre monobromé.

De nombreux travaux ont été publiés sur les usages thérapeutiques du bromure de camphre depuis notre dernière revue (2). Nous allons les analyser brièvement et nous y ajouterons de nouveaux faits, empruntés à notre pratique ; enfin nous insisterons sur ceux qui sont relatifs à l'épilepsie vertigineuse.

I. — Dans nos publications antérieures, nous avons signalé les bons résultats obtenus à l'aide du bromure de camphre dans les *affections des organes génito-urinaires*, en particulier contre les troubles nerveux de la vessie, le ténesme vésical. etc., par MM. Siredey, Desnos, Lannelongue, Longuet, Gubler, Berger, Petrowitz, etc. (3). Nous appuyant sur l'expérience de ces auteurs, nous avons prescrit, en maintes circonstances, le bromure de camphre en capsules à des malades atteints de blennorrhagie accompagnée d'érections douloureuses, seules ou jointes à de la cystalgie. Toujours ces malades nous ont affirmé avoir retiré un prompt soulagement de cette médication, et le fait suivant vient à l'appui de notre opinion.

Observation I. — *Blennorrhagie ; herpes tonsurans pris pour des syphilides du cuir chevelu ; cystalgie consécutive à une injection phéniquée. — Erections douloureuses ; cystalgie : bromure de camphre.— Guérison.* (Obs. communiquée par le Dr Marcel Briand).

Fér..., employé aux Halles centrales, âgé de 28 ans, marié depuis quelques mois, est soigné par son pharmacien pour un écoulement uréthral remontant à une quinzaine de jours, c'est à-dire au commencement de février (1886).

Antécédents : Pas de maladies antérieures, si ce n'est quelques douleurs rhumatismales qui lui reviennent par intervalles; rien au cœur. Un grand-oncle s'est suicidé. S'apercevant que

(1) Dans une lettre, non publiée, que nous avons écrite à notre cher maître, M. le Dr A. Guérin, à propos de sa communication à l'*Académie de Médecine* (voir plus haut), nous avons fait toutes nos réserves sur la communication des deux tubes digestifs. L'explication de notre aimable confrère, M. Laborde, est très soutenable et nous y avions songé ; mais il y en a une autre que nous ferons connaître dans un travail qui est en cours d'exécution. Nous nous bornons aujourd'hui a rappeler que nous avons consacré deux longs articles de journaux à ce sujet, cela depuis 2 mois (*Sem. méd.* et *Revue scientifique*). Marcel Baudouin.

(1) Quant à nous, nous affirmons à nouveau qu'elles sont parfaitement opérables (M. B.

(2) *Progrès médical*, 1885, nº 24, p. 408.

(3) La plupart de ces auteurs ont employé les *capsules* (Dr Clin).

ses cheveux tombaient par places, il a fait part de sa découverte à son pharmacien; celui-ci lui a donné des pilules mercurielles à la dose do? et lui a prescrit une injection phéniquée à la dose de ?? — (Pas de renseignements).

En prenant sa première injection, le malade a senti une sensation de froid et, immédiatement après, une douleur fulgurante qui « lui a traversé le ventre ». C'est ce qui l'a décidé à faire venir un médecin. Fièvre : pouls, 140. — L'urine est rare et son expulsion s'accompagne d'une émission de quelques gouttes de sang qui s'écoule dans les derniers spasmes. Traitement : sangsues au périnée, bains de siège tièdes. — Le lendemain, la douleur est moins violente ; il n'y a plus de sang. Bains de siège ; bicarbonate de soude à l'intérieur.

23 *février*. — L'examen microscopique d'un cheveu démontre la présence du tricophyton tonsurans. Lotions au sublimé.

24 *février*. — Ecoulement verdâtre; les douleurs persistent; le malade s'affecte beaucoup de son état; il a parlé plusieurs fois de se tuer; sa femme craint que pendant la nuit il ne se jette par la fenêtre. Excitation, surtout la nuit, motivée par des érections douloureuses et une grande souffrance que le malade éprouve dans la vessie à chacun de ses mouvements. Il attribue ces phénomènes aux bains tièdes et déclare ne plus vouloir en prendre. *Traitement* : 5 gr. de *bromure de camphre* dans un julep avec du sirop d'écorces d'oranges amères.

25 *février*. — La nuit a été plus calme, mais la cystalgie persiste. Tendance à l'amélioration. Compresses froides sur le périnée. Bromure de camphre 5 gr. — 26 *février*. Même traitement.

27 *février*. — Les douleurs diminuent ; la malade se plaint encore d'une pesanteur dans le bas-ventre. — 29 *février*. Il n'y a plus de douleurs; calme complet; le malade se croit guéri et demande à se lever ; les érections ne sont plus pénibles.

3 *mars*. — Epilation à l'hôpital Saint-Louis. Le bromure de camphre est continué sur la demande du malade.

4 *mars*. — Le pus qui s'écoule de l'urèthre est plus jaune, il entraîne encore le matin quelques filets de sang.

5 *mars*. — Cessation du bromure de camphre. *Traitement* : 6 capsules d'essence de santal citrin.

12 *mars*. — L'écoulement s'est très favorablement modifié 12 capsules de santal).

20 *mars*. — Le linge du malade est à peine taché. — 30 *mars*. Même état.

2 *avril*. — Le malade s'impatiente de voir l'écoulement persister ; il n'a pu dormir depuis 2 nuits. Quelques pesanteurs dans le bas-ventre. *Traitement* : Bromure de camphre 6 gr., à continuer pendant quatre jours ; essence de santal.

7 *avril*. — Il reste à peine un léger suintement du canal : 6 capsules de santal. — 15 *avril*. Injections de sulfate de zinc à 1 0/0, 6 capsules de santal.

20 *avril*. — Il n'y a plus d'écoulement ; le malade doit continuer encore, pendant quelques jours, le santal et les injections; il entre à Saint-Louis pour se faire épiler de nouveau.

Encouragé par les succès obtenus contre le ténesme vésical chez les blennorrhagiques, nous avons employé le bromure de camphre chez un malade, âgé de 77 ans, atteint de rétention d'urine consécutive à une hypertrophie de la prostate. Les douleurs vésicales, qui étaient extrêmement vives, ont été diminuées dès le second jour et ont à peu près complètement disparu au bout de quelques jours. Le bromure de camphre, dans ce cas, a été un excellent adjuvant du traitement classique de la rétention d'urine. Aussi croyons-nous pouvoir conseiller l'emploi du bromure de camphre contre les douleurs vives, brûlantes, avec ténesme, des *crises vésicales tabétiques*.

Nous rappellerons aussi que le Dr Pathault a consigné dans sa thèse un cas très intéressant de *spermatorrhée*, qui lui a été donné par M. le Dr Desnos, et dans lequel on n'a eu qu'à se louer des bons effets du bromure de camphre. D'autres faits sont venus plaider en faveur de ce traitement. Nous nous contenterons de reproduire, sur ce point, une note insérée dans *The Journal of the American medical Association* du 20 février 1892, page 243, d'après le *Medical Summary* :

« Le monobromure de camphre, est-il dit, a été employé avec plein succès dans le traitement do la spermatorrhée, dans des cas où une foule de médicaments ordinaires avaient été administrés sans aucun résultat satisfaisant. Finalement, le monobromure de camphre était donné avec un prompt effet et suivi d'une guérison parfaite. »

II. — M. le Dr Curryer a publié dans *Chicago medical Times* (july 1891, p. 305), un article intéressant sur l'emploi en thérapeutique du monobromure de camphre. Il insiste en premier lieu sur les avantages qu'il en a retirés « dans les maladies des enfants et les accidents dus à la dentition. » Après avoir rappelé qu'il a décrit, il y a plusieurs années, les bons résultats qu'il avait obtenus de ce médicament, il ajoute que s'il y revient de nouveau, c'est « afin de décider, si c'est possible, d'autres praticiens à essayer ce remède vraiment bon dans la période de dentition des enfants. » Quelques citations résumeront ce travail et donneront une idée de l'enthousiasme de l'auteur, enthousiasme que nous constatons rarement de la part des médecins pour les médicaments.

« Le monobromure de camphre calme la douleur des nerfs enflammés, diminue l'intensité des névralgies, là où d'autres remèdes no feront généralement rien. Il est efficace dans la diarrhée, les névralgies et les convulsions provoquées par la dentition. »

M. Curryer ajoute qu'il prescrit également le monobromure de camphre « dans les cas de turbulence, d'insomnie, d'irritation provenant de l'inflammation des nerfs dentaires. » Il rappelle que le camphre, sous toutes ses formes et ses combinaisons variées, s'est montré efficace « dans la coqueluche, la chorée, l'hystérie et l'épilepsie. » Puis, dans des termes quelque peu dithyrambiques et même mystiques, — la citation suivante le montre — il vante l'emploi du monobromure de camphre dans une autre maladie grave de l'enfance :

« Le monobromure de camphre, dit-il, est un *envoi de Dieu* (*sic*) contre le choléra infantile ; il diminue l'hyperémie cérébro-spinale, calme l'irritation, arrête les symptômes réflexes et sauve le malade.....

« Dans les cas complètement développés de choléra infantile, avec abattement, amaigrissement excessif, traits pincés et ridés, refroidissement des extrémités, incontinence involontaire d'urine, etc., ce médicament produira dans la plupart des circonstances une réaction, arrêtera l'écoulement séreux, contrôlera les fonctions de l'estomac, apaisera l'action nerveuse et donnera un renouvellement de vie. »

Nous ne pouvons formuler aucune appréciation sur ce point particulier du traitement du choléra infantile par le bromure de camphre, n'ayant pas eu l'occasion de l'expérimenter, mais il nous a semblé utile de signaler l'opinion d'un homme qui, depuis des années, emploie couramment, et peut-être, nous le répétons, avec trop d'empressement, le bromure de camphre. Voici, pour terminer en ce qui le concerne, comment il prépare et administre le médicament :

« Je prends habituellement environ 4 gr. 36 de monobromure de camphre en cristaux et, après l'avoir trituré dans un mortier de bois jusqu'à ce qu'il soit réduit en une poudre très fine, j'y ajoute 39 gr. 36 (1) de sucre de lait. Je continue avec soin la trituration pendant une heure environ, jusqu'à ce que le mélange soit bien homogène et réduit en une poudre aussi fine que possible. Ceci fait, je mets le mélange dans un flacon hermétiquement fermé.

« La dose que je prescris d'habitude, pour une diarrhée ordinaire accompagnée de maux de tête, de nausées et d'insomnie, est de 0 gr. 132 à 0 gr. 198 (2) toutes les deux heures que l'exige la gravité des symptômes. Le remède peut être augmenté jusqu'à ce que la maladie soit jugulée. Toutefois, la dose indiquée apporte ordinairement du soulagement. »

L'auteur administre, parfois, concurremment l'aconit, le gelsemium, la pepsine, et il termine en ces termes : « Si

(1) Une drachme et neuf drachmes.

(2) Deux grains (0 gr. 066 $\times$ 2) à trois grains.

les médecins pouvaient se décider à faire l'essai du monobromure de camphre, en dehors de tout préjugé, ils banniraient les astringents et les opiacés et, de cette façon, ils sauveraient un grand nombre d'enfants qui, autrement, sont perdus. »

III. — D'après M. Crinon (1), le « bromure de camphre a été expérimenté pour la destruction du *bacille de la tuberculose* et possède à cet égard une véritable énergie. » Cette action est en effet très probable, le camphre étant un antiseptique et le monobromure de camphre étant une de ses combinaisons.

IV. — Le journal *Les nouveaux remèdes* (1889, p. 275) a publié sous ce titre : *Usages thérapeutiques du camphre monobromé*, une note intéressante, empruntée au *Fortschrift* (1889, n° 8, p. 154) que nous reproduisons *in extenso*.

« On sait, dit-il, que ce médicament est employé déjà, depuis longtemps, dans le *delirium tremens* et, mélangé au phosphate acide de codéine, dans la *morphinomanie* aux doses de 0 gr. 5 par jour. John Stevens (*Med. Pr.*) le recommande aussi dans l'*épilepsie* où il le prescrit à la dose de 0 gr., 6. Il l'a aussi administré avec succès dans beaucoup de cas d'*excitabilité réflexe* exagérée comme, par exemple, l'*hystérie* et la *spermatorrhée*. L'action du camphre monobromé (surtout quand il est combiné à la belladone) découle de l'influence tonique de ces deux médicaments sur les nerfs vasomoteurs : l'hyperémie diminuant, il se reproduit d'autant une atténuation de l'excitabilité exagérée. Il faut commencer par des doses de 0 gr. 2 à 0 gr. 3 et ne les élever jusqu'à 0 gr. 6 que petit à petit et progressivement. »

V. — Le Dr Funaioli (2) a employé sur une assez grande échelle le monobromure de camphre à l'asile de Sienne. Il l'a trouvé très utile dans les *formes hystériques* de l'aliénation mentale et moins avantageux dans la manie intermittente et la mélancolie. Enfin, il n'en a retiré aucun bénéfice dans l'épilepsie se présentant sous forme d'accès. Ce dernier résultat négatif, bien qu'il soit en contradiction avec les bons résultats enregistrés par d'autres auteurs, entre autres Stevens, comme nous venons de le voir, n'a rien qui nous surprenne, car c'est dans l'*épilepsie vertigineuse* seulement ou dans les cas d'épilepsie *avec accès* et *vertiges* que très souvent nous avons eu à nous féliciter de l'emploi de ce médicament (3).

De même que M. Funaioli, nous avons noté bien des fois, et encore tout récemment chez une jeune fille, Choc..., atteinte de la *petite hystérie*, les heureux effets du bromure de camphre, administré sous forme de capsules dans le traitement de divers accidents hystériques, notamment les palpitations et les troubles du sommeil (rêves fatigants, cauchemars). Voici un autre fait :

Un enfant de notre service, Declez..., âgé de 12 ans, avait quatre ou cinq fois par semaine son sommeil troublé par des *cauchemars* : il avait tout à coup une sensation qu'il compare à une chute dans un fossé, un puits ou un précipice. Il se réveillait en sursaut, effrayé. Une fois réveillé, ayant les yeux ouverts, il s'imagine voir des soldats qui veulent le précipiter dans des trous (*hallucinations hypnagogiques*). Au bout de 5 à 15 minutes, il se rendort. Ces phénomènes se reproduisent 2 ou 3 fois par nuit. Nous lui avons fait prendre tous les soirs d'abord 2 capsules de bromure de camphre, puis trois. Le traitement a été continué environ deux mois. Les cauchemars et les hallucinations ont entièrement disparu.

VI. — Nous avons dit autrefois que M. Deneffe (de Gand) avait eu à se louer de l'usage du bromure de camphre dans le *delirium tremens*. Le cas ci-après, emprunté au Dr James Weir (*The Louisville Med. News*, 17 oct. 1885, p. 241), vient à l'appui de cette opinion.

« Je fus appelé, dit-il, à visiter M. G... le 8 septembre dans un hôtel de la ville et constatai qu'il était atteint de *delirium tremens*. Je lui administrai une pilule purgative (hydrarg. chlo. mite gr. X). Quatre heures après l'ingestion de la pilule, il eut des évacuations abondantes. Comme les aménagements de l'hôtel ne me permettaient pas de pouvoir l'y soigner, je fis transporter mon malade à l'infirmerie, et là j'ordonnai qu'on lui fit prendre une capsule de bromure de camphre (5 grains ou 33 centigr.) toutes les heures jusqu'à ce qu'il s'endormît. Des amis vinrent le chercher et le firent transporter dans une maison particulière où j'allai le visiter dans la soirée. Je constatai qu'il était encore agité, très énervé et avait des frayeurs. Il n'avait pris qu'une pilule. Je lui en fis prendre une seconde et prescrivis qu'il en prît une d'heure en heure. Après la 3e dose il s'endormit d'un sommeil calme et ne se réveilla que le lendemain matin à 10 heures. En ouvrant les yeux il réclama son déjeuner. Il mangea avec appétit. Je pris congé de lui le lendemain soir. »

Nous continuerons cette revue dans un prochain numéro.

Bourneville.

(1) Crinon. — *Revue des médicaments nouveaux*, 1890, p. 44.

(2) *Journal of mental science* t. XXV, 1880 page 125, d'après *Archivio per le Malattie nervose*.

(3) Nous donnons, d'après l'*Index medicus*, 1880, page 396, l'indication du travail suivant que nous n'avons pu nous procurer : Peters (R.). *Experimentelle Beitrage zur Pharmacodynamik des Monobromcamphers* (Camphora monobromata). Dorpat, 1880, in-8°.

CORRESPONDANCE

Statistiques hospitalières.

4 février 1893.

Mon cher Confrère,

Dans votre analyse de mes Etudes de Clinique chirurgicale (*Progrès médical*, 4 février 1893), je lis cette phrase : « Ce premier volume renferme d'abord une leçon d'ouverture et une statistique raisonnée des opérations pratiquées dans le service en 1890-1891, basée sur un total de 102 cas, avec 7 morts. »

Ce chiffre de 102 cas représente uniquement les opérations sur l'appareil génital de la femme. Vous avez omis toutes les autres opérations, au nombre de 308. Sur un total de 410 cas, la mortalité a été de 25, soit 6 0/0.

Je vous serais obligé de rectifier, dans la forme qui vous paraîtra convenable, l'erreur matérielle qui s'est glissée dans votre article.

Veuillez agréer, etc.

A. Le Dentu

Puisque M. le Pr Le Dentu tient à la rectification, rectifions ou plutôt ne rectifions pas, mais déclarons qu'il est resté en effet, dans la casse de notre compositeur, les mots « sur l'appareil génital de la femme, » à placer à l'endroit signalé, et qu'à la correction de nos épreuves nous n'avons pas eu l'attention attirée sur cet oubli bien involontaire — on peut nous croire — de notre typographe.

M. B.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'Anatomie humaine, publié sous la direction de Paul Poirier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des Travaux anatomiques, chirurgien des Hôpitaux, par MM. Charpy, Nicolas, Prenant et Jonnesco. Tome I, premier fascicule. — Battaille et Cie, éditeurs.

M. Poirier vient d'entreprendre la publication d'un nouveau Traité d'anatomie humaine. Après deux Traités d'anatomie parus récemment et dont le *Progrès médical* a rendu compte à ses lecteurs, en voici un troisième. Faut-il dire avec Calchas et d'autres : Trop d'anatomie ! Nous ne le croyons pas : l'œuvre nouvelle se distingue des autres, nous semble-t-il, par plus de perfection et beaucoup d'originalité, tant dans le fond que dans la forme.

Ce nouveau Traité est publié sous la direction de M. Poirier. Si nous en croyons le programme de l'éditeur, l'œuvre paraîtra entière en deux ans environ. A notre époque de spécialisation à outrance et de publications constamment renouvelées, il eut été téméraire d'entreprendre seul une œuvre d'aussi longue haleine.

M. Poirier a compris la nécessité de s'adjoindre plusieurs collaborateurs, parmi lesquels nous relevons les noms de

M. Charpy, professeur à Toulouse, de MM. Nicolas et Prenant, professeurs agrégés à Nancy, de M. Jonnesco, prosecteur à la Faculté. Chacun d'eux s'est fait connaître par des publications appréciées sur le sujet dont il a été spécialement chargé.

La première moitié du premier volume est seule parue à l'heure actuelle. Elle comprend, sous la signature de M. Poirier, l'ostéologie et des notions générales d'embryologie. A l'embryologie, M. Prenant a consacré 64 pages de notions indispensables à l'étudiant qui va aborder l'étude du corps humain. Ce sera une des caractéristiques de l'œuvre nouvelle de toujours faire précéder la description de chaque appareil de son développement particulier.

Nous avons lu très attentivement la partie embryologique de l'ouvrage. Nous y avons trouvé les marques d'une haute érudition. Il est seulement regrettable que ce résumé soit aussi concis. En raison même de cette concision, il y a certains chapitres qui sont forcément d'une compréhension difficile aux débutants. Exposer la science embryologique en des pages aussi écourtées, tout en voulant faire œuvre moderne et savante, est chose bien difficile : on écrit alors pour des gens qu'on suppose initiés, et les initiés sont malheureusement assez rares.

Vient ensuite une partie consacrée à l'étude histologique des os, à leur structure microscopique. Ici pas de critiques possibles. L'œuvre de M. Nicolas est parfaite à tous les points de vue.

M. Poirier aborde la description du squelette par l'étude du membre supérieur. La clavicule est le premier des os décrit. C'est un ordre suivi depuis longtemps à l'Ecole pratique. Nous y trouvons un avantage sérieux. Il ménage les forces du débutant en lui demandant des efforts de mémoire progressifs, puisque, grâce à lui, on procède du simple au composé. Le membre inférieur, la colonne vertébrale et le crâne sont ensuite successivement envisagés.

Fidèle à son programme, avant d'aborder l'anatomie descriptive, M. Poirier a tracé de main de maître l'histoire du développement des membres, ce qui nous permet de savoir ce qu'est une ceinture basilaire, sans qu'il soit besoin de recourir à des traités spéciaux.

Il est bien difficile de montrer de l'originalité dans la description de l'humérus ou du fémur. Il semble qu'il n'y ait depuis longtemps rien à dire de nouveau sur ces cas. En lisant l'œuvre de M. Poirier, on se convaincra que rien n'est plus erroné que cette opinion qui consiste à dire qu'il n'y a plus rien à faire en anatomie. Les insertions musculaires décrites avec la précision qu'elles comportent, la description des anomalies osseuses, l'étude de la structure interne, de l'architecture des os, pour employer l'expression de l'auteur, sont autant de points qui donnent à l'ouvrage un cachet de haute originalité.

Ce n'est pas tout : certains os du crâne sont décrits de telle façon qu'ils nous apparaissent sous un jour absolument nouveau. La constitution du temporal, pour prendre un exemple, est enseignée d'après son développement embryologique. La portion tympanique, préconisée par les auteurs classiques, dans la description de l'os en général, est ici nettement présentée comme un os à part, l'os tympanal. La compréhension de la portion mastoïdienne est rendue par le même procédé singulièrement lumineux. Nous ne dirons pas que l'étude de ces os est ainsi simplifiée : nous dirons qu'elle reste difficile à comprendre, mais qu'elle est devenue compréhensible.

Tout en étant au courant des derniers progrès faits en anatomie, le livre de M. Poirier n'est point encombré de la longue théorie des indications bibliographiques, souvent faussement reproduites, qui sont de mode aujourd'hui dans la plupart des livres. Nous avons vu aussi avec la plus grande satisfaction que l'auteur a su rétablir en beaucoup d'endroits la vérité historique et rendre aux savants français des découvertes qui avaient été annexées sans vergogne par des anatomistes étrangers. Tel est le cas de Ranvier et Renaut dont les beaux travaux nous reviennent de divers côtés avec l'estampille étrangère ; tel est aussi le cas de Rodet, qui le premier décrivit la lame sous-trochantérienne à propos de laquelle il était de mode jusqu'ici de citer Meyer, Wolff ou Merkel.

Les figures dessinées par MM. Cuyer et Leuba sont prodiguées avec une profusion (471) qui augmente encore la clarté du texte. Il n'y en a pas moins de 25 pour le fémur. Toutes sont remarquablement justes, claires et bien venues en général, à l'impression. M. Poirier a adopté pour la représentation des insertions musculaires une large teinte rosée, uniforme, qui indique l'empreinte frappée sur l'os par le muscle et qui rend toute confusion impossible. Le rapprochement constant de deux figures, l'une représentant l'os à nu, l'autre le même os avec ses insertions musculaires ou ligamenteuses, est une heureuse disposition, qui éclaire cette partie de l'anatomie d'une étude si pénible.

Le public a accueilli le nouvel ouvrage avec la plus grande faveur. Cela n'a rien d'étonnant, étant donné les hautes qualités du livre et la notoriété de l'auteur. J. Dauriac.

Leçons de clinique chirurgicale ; par Péan (Tome VIII). — F. Alcan, éditeur, 1893, Paris.

M. Péan vient de publier le tome VIII de ses leçons de clinique chirurgicale. Ces leçons ont été professées en 1887 et 1888 à l'hôpital Saint-Louis ; elles sont au nombre de dix-sept, dont huit ont trait à la gynécologie opératoire. Le maître chirurgien y insiste sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de l'utérus et sur celui des suppurations pelviennes. Il fait un parallèle intéressant entre la castration utérine et la castration ovarienne. La critique de cette dernière partie a déjà été faite par M. Doyen dans le N° 6 de 1892 des *Archives Provinciales de Chirurgie* ; nous n'y insistons pas. A lire aussi ce qui a trait aux fistules uretéro-vaginales et la description du proeédé de vagino-fixation que Péan a inventé pour le prolapsus de l'utérus, procédé qui est loin de nous avoir enflammé d'enthousiasme. Le tout se termine par un dessert choisi : des leçons sur le morcellement, sujet privilégié de l'ancien opérateur de Saint-Louis. Ce dernier se vante d'avoir été en butte, à ce sujet, à une foule d'ennuis. Cela n'étonnera que ceux qui n'ont jamais eu une idée dans leur vie. Cet immense volume renferme en outre une incalculable quantité d'observations et de tableaux dont la seule lecture demanderait des mois. Nous demandons grâce. Quoi qu'il en soit, ce sont là des matériaux à consulter chaque fois qu'on veut aborder l'étude complète d'un sujet restreint.

Marcel Baudouin.

VARIA

Association de la Presse médicale.

Procès-verbal de la réunion du 5 février 1893.

Le premier dîner statutaire pour l'année 1893 de l'*Association de la Presse médicale* a eu lieu le vendredi 3 février 1893, au restaurant Marguery. 17 membres étaient présents à la réunion que présidait M. le Pr Cornil.

Trois candidatures étaient à l'ordre du jour. L'une d'entre elles a été ajournée, le journal n'ayant pas deux années d'existence (Art. V des Statuts). Les deux autres, celle de M. le Dr Bérillon (*Revue de l'Hypnotisme*) et celle de M. le Dr Fournier (*Journal des Maladies cutanées*) seront ultérieurement, conformément aux statuts, l'objet d'un rapport, la première par M. le Dr Gilles de la Tourette, la seconde par M. le Dr Chevallereau.

Une question de la plus haute importance, le *Service militaire des Etudiants en médecine*, a été soulevée par M. le Dr Cézilly et a provoqué une intéressante discussion à laquelle ont pris part MM. Cadet de Gassicourt, Lereboullet, Gouguenheim, Leblond, Laborde, de Ranse, Janicot et M. le Président.

Cette discussion s'est terminée par la nomination d'une Commission chargée de soumettre à la bienveillante attention des Commissions militaires du Sénat et de la Chambre des Députés et de M. le Ministre de la Guerre la proposition suivante, votée à l'unanimité des membres présents :

« Les Etudiants en médecine feront leur service militaire comme *médecins*, leurs études médicales terminées ; ils devront être docteurs ou internes nommés au concours, dans une ville ou siège une Faculté, à l'age de vingt-sept ans. »

A titre de *mesure transitoire*, l'Association de la Presse médicale a émis, à l'unanimité, les vœux suivants :

« Tout Etudiant en médecine, pourvu de treize inscriptions ou nommé, au concours, Externe ou Interne des Hopitaux, fera son service militaire comme *infirmier*, dans une ville où existe une Faculté ou Ecole de médecine. »

« Tout médecin auxiliaire, nommé au concours, doit remplir réellement, pendant l'année qu'il passe sous les drapeaux, les fonctions de *médecin auxiliaire*. »

La Commission se compose de MM. Cadet de Gassicourt, Cézilly, Laborde, Lereboullet, M. Baudouin, secrétaire.

Le Secrétaire général, Marcel BAUDOUIN.

Cornélius Herz.

C. Herz, dont aujourd'hui on parle tant, a concouru pour l'*externat* en 1869 et a été nommé le 149e. La même année, il a rempli, à titre de remplaçant, les fonctions d'interne à Bicêtre.

Voici l'extrait du registre du personnel de l'hospice de Bicêtre (année 1869) qui le concerne : « Herz, Cornélius, né le 3 septembre 1845, à Besançon (Doubs), rue de l'Arrivée, 2; célibataire. Entré le 4 juin 1869 ; entré à 400 fr. Interne en médecine dans le service de M. Berthier, sorti le 31 décembre 1869. »

Dans une conférence sur la laïcisation, que nous avons faite en 1891, nous avons raconté le scandale causé, à l'hôpital de Berck, pour une religieuse qui avait des rapports avec l'aumônier, un employé et un étudiant en médecine faisant fonctions d'interne. Les trois hommes se jalousaient et se surveillaient. Le pseudo-interne, ayant trouvé la sœur en conversation intime avec l'aumônier, fit une scène qui donna l'éveil. Nous connaissions le nom de l'employé et de l'aumônier, mais nous n'avons appris que récemment celui du pseudo-interne. C'était Cornélius Herz qui avait accepté, étant externe, au mois de mai 1871, d'aller remplir les fonctions d'interne à Berck. C'est au mois d'août de la même année que se produisit le fait dont nous venons de parler. A la suite de l'enquête qui fut faite par l'un des inspecteurs de l'administration, l'aumônier, l'employé et Cornélius Herz furent renvoyés de l'hôpital, dont déjà la sœur s'était enfuie.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 15. — 2e de *Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Sébileau. — 3e de *Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Joffroy, Chauffard.

JEUDI 16. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Nélaton, Schwartz. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — 4e de *Doctorat* : MM. Proust, Straus, Villejean.

VENDREDI 17. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Straus, Letulle, Marie. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Tillaux, Jalaguier, Lejars. — (2e *série*) : MM. Marchand, Ricard, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Potain, Dejerine, Brissaud.

SAMEDI 18. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Panas, Quénu, Brun. — (2e *série*) : MM. Duplay, Nélaton, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Ballet, Gilbert. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Schwartz, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 15. — M. Bridier. Recherches sur le rapport du poids du fœtus au poids du placenta dans l'albuminurie et dans la syphilis. — M. Arrou. Circulation artérielle du testicule. — M. Christen. Considérations sur le rhumatisme blennorrhagique et de son traitement par l'arthrotomie. — M. Paturet. De la cholécystentérostomie en général et de quelques points en particulier.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 5 févr. 1893 au samedi 11 févr. 1893, les naissances ont été au nombre de 1184 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 478; illégitimes, 171, Total, 649. — *Sexe féminin* : légitimes, 394; illégitimes, 141. Total, 535.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 févr. 1893 au samedi 11 févr. 1893, les décès ont été au nombre de 1095 savoir : 577 hommes et 518 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 10, T. 16. — Variole : M 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 3, F. 5, T. 8. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T 1. — Coqueluche : M. 5, F. 11, T. 16 — Diphtérie, Croup : M. 17, F. 13, T. 30. — Affections cholériformes : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 108, F. 81, T. 189. — Méningites tuberculoses : M. 12, F. 6. T. 18. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 8. T. 13. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 26, T. 43. — Méningite simple : M. 12, F. 16, T. 28. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 18, T. 41. — Paralysie, M. 8, F. 7, T. 15. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 1, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 45, F. 48, T. 93. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 22, T. 33. — Bronchite chronique. M. 25, F. 16 T. 41. — Broncho-Pneumonie : M. 21, F. 29, T. 50, — Pneumonie : M. 43, F. 44, T. 87 — Autres affections de l'appareil respiratoire; M. 34, F. 32, T. 66. — Gastro-entérite, biberon: M. 24. F. 10, T. 34. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 6, T. 13. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 18, F. 13, T. 31 — Sénilité : M. 17, F. 23, T. 40. — Suicides : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres morts violentes : M. 8, F. 5, T. 13. — Autres causes de mort : M. 79, F. 49, T. 128 — Causes restées inconnues : M. 9, F. 5, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33, illégitimes, 12. Total: 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 14. Total : 37.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. PELLAT, docteur ès sciences, maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur adjoint à cette Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Bibliothèque*. — M. le Pr Ch. Richet vient de faire don à la Faculté de médecine des manuscrits de son très regretté père. Ces manuscrits reliés en quatre fort beaux volumes comprennent notamment des notes et des observations sur son service de l'Hôtel-Dieu (*Gaz. des Hôp.*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. PIÉCHAUD, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique des maladies chirurgicales des enfants à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux (chaire transformée).

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Le concours, qui a eu lieu à l'Ecole de médecine pour la nomination d'un chef de clinique chirurgicale, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Marcel BRUN, ancien interne des hôpitaux de Marseille. Le jury était composé de MM. les professeurs Combalat, Villeneuve, Nepveu, Fallot et Benet.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — MM. les Drs Chantemesse et Charrin sont nommés membres du Comité consultatif d'Hygiène publique de France, en remplacement de MM. Pasteur et Peter, démissionnaires. M. Pasteur est nommé président honoraire du Comité.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Hôpital Boucicaut*. — On vient d'ouvrir, dans les annexes de l'Hôtel de Ville, caserne Lobau, l'exposition des projets présentés au concours pour la construction d'un hôpital (legs Boucicaut). Les projets sont en nombre : quarante-trois architectes ont répondu à l'appel de l'Assistance publique. Parmi les projets les plus étudiés, nous citerons ceux de MM. Gardelle, Perroud, Tougard, Boileau fils et Maistrasse. Le jury prononcera dans huit jours.

ACCOUCHEMENT QUADRUPLE. — Nous avons reproduit dans notre dernier numéro une information des journaux politiques au sujet d'un accouchement quadruple qui aurait eu lieu au Mans. Renseignements pris à la mairie du Mans d'une façon très sérieuse, il n'y a pas un mot de vrai dans cette histoire (M. B.).

CONFÉRENCE INTERNATIONALE POUR LE CHOLÉRA. — On annonce que le gouvernement autrichien, préoccupé de la possibilité d'une réapparition du choléra au printemps, a proposé aux puissances européennes de convoquer une conférence, afin d'établir une entente au sujet de mesures uniformes propres à empêcher la propagation de la maladie, et afin d'éviter que ces mesures ne gênent le commerce au delà de ce qui sera reconnu comme indispensable. Le gouvernement autrichien a fait ressortir en même temps la nécessité d'une entente en ce qui concerne la navigation fluviale, conformément aux résolutions adoptées par la conférence de Venise au sujet de la quarantaine dans les ports de mer. Tous les gouvernements se sont montrés disposés à suivre l'initiative du gouvernement autrichien, et il est probable que la conférence se réunira vers la fin du printemps à Dresde.

CHOLÉRA A MARSEILLE. — La situation sanitaire de Marseille, pour laquelle on craignait au début de cette semaine, parait s'améliorer. Jusqu'à ces jours derniers, on n'a constaté que 11 décès suspects. On a l'espoir que les mesures énergiquement prises, dès les premières manifestations du mal, permettront d'enrayer le développement de celui-ci. Le conseil sanitaire de Marseille a décidé qu'il n'y avait pas lieu, jusqu'à preuve contraire, de prendre de décision, et les navires continuent à partir avec patente nette. Le consul de Grèce, cependant, l'a refusée.

Choléra a Hambourg. — La police a interdit le départ de Hambourg des vapeurs *Echo* et *Australie* pour les Indes occidentales et l'Afrique occidentale, des cas de choléra ayant été constatés à bord. A Altona, on a constaté, cette semaine, cinq cas de choléra dont un mortel.

Le choléra et la population scolaire a Hambourg. — D'après la *Pœdagogische Réforme* de Hambourg, le nombre des élèves inscrits aux écoles de cette ville, entre mai et novembre 1892, est tombé de 68.207 à 67.615. Sur les 592 élèves disparus des listes d'inscription, 432 sont morts du choléra.

Les petits Salons et les Médecins. — Les journaux politiques se lamentent sur la fréquence des Petits Salons. Que devraient donc dire les pauvres reporters médicaux ? Au vernissage de l'*Epatant*, rue Boissy-d'Anglas, reconnu sous les initiales du catalogue : M. le professeur Peter, par M. Worms ; M. le Dr Goubert, par Gigoux, etc.

Epidémie en Algérie. — M. Guillemin, médecin inspecteur du 19e corps, et Duchemin, médecin divisionnaire, sont arrivés à Tlemcen pour prendre des mesures au sujet de l'épidémie qui sévit dans le 2e régiment de chasseurs d'Afrique à la caserne d'Isly. Le conseil d'hygiène de l'arrondissement a été convoqué d'urgence. La situation sanitaire reste stationnaire.

Nécrologie. — M. le Dr Bousquet-Lagrange (de Mustapha). — M. le Dr Buret (de Saint-Héand). — M. le Dr Caron (du Portel). — M. le Dr Heymann (de Versailles). — M. le Dr Roques (de Cassagne-Bégonhès). — M. le Dr Vincenot (de Gentilly). — M. le Dr Thomas, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine de Paris, professeur à l'Ecole dentaire M. Thomas, dont l'érudition et l'obligeance étaient appréciées par tous les travailleurs de la bibliothèque, s'était acquis une certaine réputation dans le monde médical. Il est mort subitement dimanche dernier au cours d'une promenade à la campagne. — M. le Dr Guillaume (de Saint-Laurent-des-Hommes, Dordogne). — M. le Dr Petiteau (des Aubins, Deux-Sèvres). — M. le Dr Veniel (de Croizilles, Pas-de-Calais). — M. le Dr Vautier (de Paris). — M. le Dr Gainet (de Pont-de-Roide, Doubs). — M. le Dr Papillon, médecin-inspecteur du service de santé. — M. le Dr Sourier, dit notre confrère, la *Gazette des Hôpitaux*, avait pris sa retraite de médecin principal de première classe à Poussay, où il vient de succomber dans sa soixante-seizième année. — M. le Dr Maurice Collas, médecin aide-major au 146e de ligne, à Toul, décédé à Montmirail, à l'âge de 28 ans, des suites d'une congestion pulmonaire.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. le Dr Charcot. Leçons le mardi à 9 heures 1/2. — *Maladies nerveuses et mentales.* — MM. Joffroy et Jules Voisin : le jeudi et samedi de chaque semaine à 9 h. 45.

Hôpital de la Pitié.—M. Albert Robin.—(*Semestre d'hiver*). Vendredi à 9 1/2 : Leçons sur les maladies de l'estomac : Clinique et thérapeutique. Mercredi à 9 h. : Examen des malades nouveaux. Lundi et samedi : Conférence clinique. — (*Semestre d'Eté*). Vendredi à 9 1/2 : Leçons de chimie pathologique appliquée à la thérapeutique. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Reclus (Amphithéâtre no 3), le jeudi à 9 heures. Mardi et samedi, leçons cliniques au lit du malade.

Hôpital de Lourcine. — M. le Dr de Beurmann : Affections vénériennes et syphilitiques, le lundi à 10 heures.

Hospice de Bicêtre.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux :* M. Dejerine, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. Bourneville, samedi à 9 h.

Hôpital Lariboisière. — M. le Dr F. Raymond : Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le jeudi, à 10 heures du matin.

Hôpital de Saint-Louis. — *Service de M. le Dr Richelot.* — M. Richelot a commencé ses leçons cliniques le mercredi 8 février 1893, à 9 heures et demie ; il les continuera les mercredis suivants. A partir du 1er février, les travaux du service sont organisés comme il suit : *Lundi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Mardi* : Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (Salle Denonvilliers). — *Mercredi* : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opération. — *Jeudi* : Opération abdominale (Châlet). — *Vendredi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Samedi* : Opérations abdominales (Châlet). — *Service de M. le Dr Bar*, visite chaque matin à 9 h. ; — lundi et vendredi, à 10 h., leçons théoriques sur la grossesse et l'accouchement, par le Dr Tissier ; — conférences au laboratoire par le Dr Renon.

Hôpital de la Charité. — M. le Dr P. Budin a repris ses leçons de *clinique obstétricale* le jeudi 26 janvier, à 10 heures du matin (Amphithéâtre Velpeau).

Hôpital des Enfants malades. — Depuis le 1er février, M. Marfan, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies de l'enfance, fait des leçons à l'hôpital des Enfants-Malades, à quatre heures de l'après-midi, les mardis et samedis.

Hôpital des Enfants-Malades (149, rue de Sèvres). — *Chirurgie infantile. Orthopédie.* — M. le Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, reprendra le jeudi 16 février, à 9 heures, ses leçons cliniques et les continuera les jeudis suivants. Ces leçons seront exclusivement consacrées à la thérapeutique des affections chirurgicales de l'enfance.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau a repris le dimanche 5 février, à 9 heures 1/2, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, ses leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques ; il les continue tous les dimanches à la même heure.

Hôpital du Midi. — M. le Dr Humbert, chirurgien de l'hôpital du Midi, a commencé ses conférences cliniques le mardi 7 février, à 9 h. 1/2 ; il les continuera tous les mardis à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 7. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 FÉVRIER 1893.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

HÔTEL-DIEU. — M. le Professeur **PANAS**.

L'opération des cataractes congénitales;

Leçons cliniques recueillies par le Dr A. TERSON, chef du laboratoire, et revues par le professeur.

I.

Messieurs,

Nous allons opérer une cataracte du côté gauche chez un enfant qui a été déjà opéré de la même lésion du côté droit.

La cataracte de l'enfant se distingue, par plusieurs caractères, de la cataracte de l'adulte et du vieillard : mais leur principale différence réside dans l'*absence de noyau*. Voilà l'opinion généralement admise à ce sujet, celle qui avait toujours eu cours dans la science. Ce sont, dit-on, des cataractes molles, gélatineuses, souvent presque fluides : plus leur couleur est blanche et laiteuse, plus la cataracte est réputée molle, et les grises n'en seraient pas moins dépourvues de noyau. Il s'ensuit que les procédés opératoires que comporte la thérapeutique des cataractes de l'enfance ne doivent plus être les mêmes que ceux qui permettent d'extraire les cataractes séniles. Puisqu'il n'y avait pas de noyau, on a pensé qu'il suffisait, non plus d'extraire, mais de piquer la lentille pour mettre à nu la substance opaque et en provoquer ainsi la résorption complète. Voilà en somme l'opinion ancienne, dans son ensemble, sur le traitement des cataractes infantiles.

L'opération de la discision est fort vieille. Galien, qui la décrit tout au long, parle des cataractes en question, qu'il appelle *séreuses*, et dit: « Si avec une aiguille vous les piquez, elles disparaissent sur-le-champ, en laissant un dépôt grumeleux dans le bas de la chambre antérieure. » Les Arabes, imitateurs médiocres de la science grécoromaine, en parlent à peine. Seul Abulcasis signale la succion faite avec une longue aiguille creuse, opération qui, d'après ce qu'il rapporte, se pratiquait en Perse. Il ignorait sans doute qu'Aétius connaissait cette méthode.

Après la longue éclipse scientifique du moyen-âge et du début des temps modernes, nous voyons la discision réapparaître, avec ceci en plus qu'on l'applique à tort et à travers dans les cataractes de tout ordre, même les cataractes séniles. A l'erreur de la discision pratiquée dans des cas semblables, s'ajoutait un essai de broiement du noyau qui, souvent peu volumineux, aurait été difficile ou impossible à récliner. Voilà l'histoire générale de la discision. De nos jours, l'opération « à l'aiguille » n'est plus employée que dans les cataractes infantiles molles : c'est en somme la méthode décrite par Galien qui règne. Il s'est produit, depuis quelques années, une réaction : je la fais remonter à la communication d'Alfred Græfe à la Société ophtalmologique d'Heidelberg, mais j'avais observé, deux ans avant lui, un cas du même genre que ceux qu'il a décrits. Græfe insista sur ce fait, jusque-là méconnu, que beaucoup des cataractes infantiles réputées molles possédaient en réalité un noyau véritablement scléreux. Cela revenait à dire que les enfants pouvaient être atteints de cataractes en quelque sorte séniles, auquel cas la discision amenait ou un insuccès ou un désastre. Le cas qu'il m'avait été donné de voir antérieurement était le suivant : enfant atteint d'une double cataracte zonulaire, qui, d'après ce que nous avaient enseigné de Græfe et Jäger, devait être molle. Pour ces auteurs, couches superficielles et région du noyau transparentes : couches intermédiaires opaques, mais molles : voilà quelle en est la constitution. D'un côté, le cristallin était largement opacifié, je me décidai à la discision, lorsqu'à mon grand étonnement l'aiguille entraîna dans la chambre antérieure un noyau jaune scléreux. Très ennuyé de cet accident imprévu, ne pouvant pratiquer l'abaissement et d'un autre côté hésitant à transformer sur-le-champ l'opération en une extraction déjà très compromise, je pris le parti d'attendre. Les jours suivants, l'enfant accusa de vives douleurs: une violente irido-cyclite se déclara et obstrua la pupille, et ce ne fut qu'après des mois qu'une irido-capsulotomie redonna au petit malade une vision relative. Dans sa communication dont je vous parlais plus haut, Græfe cite plusieurs cas de cataractes à noyau sclérosé. Just, instruit par ces faits, extrait 4 cataractes infantiles au lieu de les disciser, et dans lesquelles il s'est trouvé en présence d'un noyau de consistance cireuse, ainsi que l'examen anatomique d'O. Becker le confirma. A partir de ce moment, les cas de cet ordre se multiplièrent. Actuellement il faut admettre qu'il y a des phakomalacies et des phakoscléroses aussi bien chez les enfants que chez les sujets plus âgés. Du reste, von Ammon avait déjà observé une cataracte scléreuse chez un fœtus d'animal, mais ce fait avait passé presque inaperçu.

Mais il y a plus : chez l'enfant, il existe autant de formes de cataracte que chez l'adulte : seule, la différence est dans la proportion entre les dures relativement rares et les molles qui prédominent chez les jeunes sujets.

La discision, inacceptable chez l'adulte, ne saurait se généraliser lorsqu'il s'agit d'enfants. Pour notre compte, nous y avons renoncé, aussi bien que pour les cataractes secondaires, pour donner la préférence à l'extraction. Simplicité d'exécution, suites prétendues plus bénignes, voilà ce qui a fait le succès de la discision, mais ce ne sont là que des apparences contre lesquelles on doit s'élever. L'opération est plus qu'une piqûre de la cornée: elle peut traumatiser gravement le corps vitré, tissu éminemment apte à réagir. La présence de masses corticales, abondantes dans l'œil, provoque à son tour de l'iritis et pousse parfois au glaucome ; car, il ne faut pas se le dissimuler, la discision transforme la cataracte spontanée en une cataracte traumatique dont vous connaissez les dangers. Après résorption, vous trouverez à des cataractes secondaires épaisses comme on n'en voit pas après l'extraction. Enfin, vous pouvez, en retirant l'aiguille, provoquer l'enclavement de la capsule qui a bien sa gravité. Tout cela réuni fait de la discision un procédé incertain.

Mais, me direz-vous, ne pourrait-on pas faire avec certitude le diagnostic entre les cataractes dures et les cataractes entièrement molles justiciables de la discision ? Malheureusement non : pour les cataractes non laiteuses, tout se réduit à des probabilités. Dans ces conditions, l'extraction devra être adoptée comme méthode générale. En examinant le premier œil de l'enfant opéré de la sorte il y a un an, vous vous convaincrez de l'excellence du résultat. Pas de trace opératoire apparente, pupille noire, ronde et contractile ; membranule insignifiante : acuité visuelle excellente. Si j'ajoute que les suites de l'opération sont des plus simples, et que 48 heures suffisent pour que la chambre antérieure se rétablisse, vous n'hésiterez pas à suivre notre conseil.

Ici on devra se confier à l'*extraction linéaire simple*, celle que Pourfour du Petit, Saint-Yves, pratiquaient pour extraire des cristallins tombés dans la chambre antérieure. Travers, le premier, la proposa pour les cataractes restées en place. La discision devra être réservée pour les seules cataractes liquides.

II.

Voici maintenant un cas de cataracte infantile tout aussi intéressant que le premier, mais complètement différent : il s'agit d'une petite paysanne qui présente une cataracte monolatérale, du côté droit. A gauche, l'œil est emmétrope et entièrement sain. Il est toujours curieux de voir une cataracte unilatérale ; chez les enfants comme chez les adultes, la cataracte est généralement bilatérale. puisqu'elle a une origine générale, dystrophique, qui doit atteindre les deux yeux. Vous pourrez voir cependant des adultes n'ayant une cataracte que d'un seul œil et dans ces cas-là, il vous faudra chercher la cause de ce fait particulier dans l'œil cataracté lui-même, qui souvent présentait seul une lésion antérieure et concomitante. Ce seront des choroïdites, des troubles myopiques ; chez les enfants, des atrophies choroïdiennes, des colobomes, un arrêt de développement microphtalmique avec persistance de l'artère hyaloïdienne. Méfiez-vous donc d'une cataracte unilatérale : c'est une cataracte avant tout pathologique. A propos des cataractes monolatérales, je veux encore vous parler de l'influence particulière du traumatisme, avec toutes ses conséquences médico-légales. Vous connaissez bien la cataracte traumatique banale et je n'insiste pas. Je vous rappelle, en passant, que vous pouvez avoir affaire à des traumatismes oculaires ayant porté sur des yeux qui possédaient déjà une cataracte congénitale dont il vous faudra faire le diagnostic étiologique souvent délicat et, pour cela, examiner à fond les parties antérieures et externes de l'œil et étudier complètement les antécédents et les concomitants ; enfin, observer longuement le cristallin, pour voir si sa capsule est atteinte ou déchirée. Il y a enfin des cas fort singuliers, à propos de ces cataractes monolatérales. Un individu reçoit un coup de poing sur l'œil ; la vision, troublée quelques jours, se rétablit, et c'est plusieurs années après qu'une cataracte se déclare et atteint seulement l'œil anciennement lésé, ce qui démontre bien que l'accident a joué un rôle. Ce sera une cataracte, *traumatique tardive*, prolongée comme évolution. Il faut donc penser à une troisième catégorie de cataractes, entre les spontanées et les traumatiques proprement dites ; ce sont les cataractes traumatiques à évolution de cataractes spontanées ; je n'ai pas besoin de vous signaler la rareté de ces faits. Mais ils existent, et quelquefois, en interrogeant vos malades à cataracte unilatérale, vous les ferez tout à coup retrouver dans leur souvenir un traumatisme de l'œil en question, qui peut avoir joué un rôle. Nous en avons vu dans le service un exemple, chez un abbé, de 38 ans, qui eut une cataracte d'un œil sur lequel il avait reçu un coup violent, vingt ans auparavant, dû à une boule de neige lancée avec force. Je me rappelle encore une jeune fille qui reçut sur l'œil une tablette de couleur violemment projetée ; 4 ans après, une cataracte se déclarait du côté primitivement traumatisé. La cataracte unilatérale vous indique donc presque toujours une affection locale persistante du fond de l'œil ou un traumatisme.

Ce qui est fort important, c'est que pour ces cataractes *symptomatiques* le pronostic est complètement spécial.

Notre petite malade a toujours eu la cataracte : elle est née avec cette cataracte et elle a 8 ans. Sa cataracte est régressive : elle se ratatine, devient irrégulière, jaune ocre, plissée. Dans tous ces cas, le résultat optique, même avec un bon résultat opératoire, est mauvais, et, comme l'autre œil y voit bien et n'aura pas la cataracte, la différence de réfraction gêne en plus assez souvent les malades. Enfin, en outre du défaut d'usage, ce sont surtout les lésions choroïdiennes et rétiniennes si fréquentes qui donnent les troubles amblyopiques.

Portez donc toujours un pronostic grave dans ces cas-là : le malade restera toujours plus ou moins infirme, même si l'œil est bien opéré. C'est surtout en cas d'un strabisme qui peut survenir et au point de vue esthétique que vous les opérez.

Quel procédé opératoire emploierez-vous ?

Je vous ai dit tout le mal que je pensais de la discision appliquée aux cataractes de l'enfant, qui peuvent avoir un noyau. Ici, la petite malade est sur la voie qui mène à la cataracte siliqueuse. Moins que jamais nous ne lui ferons de discision. C'est l'extraction, cette méthode d'opération unique pour les cataractes de tout âge, qu'il faudra lui appliquer. Il faudra de plus ici tout enlever : souvent dans ces yeux la zonule est rompue ; le corps vitré sort avant le cristallin. Chloroformez vos malades et introduisez une curette dans l'œil, après avoir fait une iridectomie qui, ici, trouve une de ses rares et de ses plus formelles indications dans l'opération de la cataracte. Il faudra pêcher, harponner le cristallin avec votre cuillère, en évitant toute pression, et refermer immédiatement les paupières. Voilà la conduite à tenir dans les cas de ce genre ; elle peut ne pas être sans déboire, mais, si vous voulez opérer, c'est la seule rationnelle. Je vous ai dit plus haut qu'un bon résultat optique ne récompensait presque jamais l'opérateur.

III.

La malade dont je vais vous parler à présent, et qui présente une troisième variété, est une femme de vingt-huit ans atteinte de double cataracte congénitale. Il y a sept à huit ans, elle fut opérée du côté gauche et avec succès : si l'on en juge par l'absence de cicatrice cornéenne, on a dû lui faire une discision à cette époque ; il lui reste dans l'œil des débris capsulaires, et, par endroits, une véritable cataracte secondaire ; l'iris est adhérent en bas et en dehors, mais il y a néanmoins un orifice suffisant au milieu des masses opacifiées pour lui permettre la vision distincte. C'est même cet heureux résultat qui l'engage à venir nous consulter et à nous demander l'opération à l'autre œil, dont la cataracte a marché et est à présent presque complète.

Et d'abord à quelle variété de cataracte congénitale avons-nous à faire ? Les leçons précédentes doivent vous montrer surabondamment qu'au lieu de la cataracte blanche, molle, habituelle, des enfants, au lieu de cette cataracte que les matrones elles-mêmes diagnostiquent, il peut exister une cataracte avec un véritable noyau, ce qui a pour effet de modifier autant les indications opératoires que les classifications anatomo-pathologiques ; je vois de moins en moins, du reste, de ces cataractes classiques de l'enfance, et j'ai essayé à plusieurs reprises de vous mettre en garde contre les dégâts irréparables que peut causer, dans des cas semblables, une erreur de diagnostic ou une soumission aveugle à ce qu'on vous dit sur ce sujet dans les livres. Peut-être même la variété la plus commune de cataractes infantiles est-elle la cataracte stratifiée, la cataracte zonulaire. Les autres variétés sont les cataractes polaires, et cette cataracte particulière, qui réunit les opacifications polaires par un fuseau cataracté dans l'axe antéro-postérieur du cristallin ; O. Becker les nomma avec raison des cataractes *axiales* (car le mot de cataractes centrales qui les désigne prête à trop de significations diverses).

Sur la question de savoir si les cataractes de cet ordre sont vraiment congénitales ou surviennent quelque temps après la naissance, nous manquons de documents, c'est comme pour la rétinite pigmentaire et autres malformations.

Chez notre malade, les couches corticales postérieures sont presque entièrement opaques : en avant, les stries opacifiées sont disséminées ; vers le centre et la périphérie une sorte de voie lactée, de pointillés laiteux, occupe l'espace. La vision doit avoir été longtemps possible, et il y a peu de temps qu'il est impossible à cette malade de se conduire avec cet œil. Vous verrez assez souvent, chez des adultes, de ces cataractes à formes insolites et vous devrez vous demander si ce sont des cataractes congénitales ; il y a aussi une question de pronostic qui fera fort mal juger un oculiste qui aurait prédit une opacification complète

prochaine dans une cataracte congénitale, l'ayant pris pour une cataracte ordinaire. Vous savez le temps que ces cataractes mettent à se compléter.

Que devons-nous faire à cette malade ? Je crois que la majorité des chirurgiens, voyant le résultat du côté opposé et le succès relatif obtenu, opteraient pour la même opération du côté opposé et lui feraient la discision. Ferez-vous la maturation artificielle par la ponction de de Græfe ou la maturation par le massage suivant le procédé de Förster ? Ferez-vous tout simplement l'extraction ?

Que vous donnera la discision ? Dès les premières heures, un gonflement tumultueux, une inhibition des couches cristalliniennes mises au contact de l'humeur aqueuse, puis peu à peu, si le cas est heureux, une résorption progressive, mais toujours incomplète, s'établira. Mais vous pouvez avoir aussi de graves accidents, la piqûre de la cornée est loin d'être inoffensive, car elle passe dans un milieu qui peut être microbien. Vous n'ignorez pas qu'il n'y a pas de meilleur moyen pour obtenir un hypopion dans les expériences de laboratoire, qu'une piqûre de la cornée avec une aiguille infectée. Donc, sans rien vouloir exagérer, la piqûre de la cornée est déjà par elle-même dangereuse.

Mais, dans la région du cristallin, vous provoquez par votre intervention un changement complet et à une cataracte en quelque sorte naturelle vous substituez une cataracte traumatique, avec tous ses dangers. Pour être raisonné, ce traumatisme n'en est donc pas moins périlleux, et j'ai vu avec plaisir les différentes communications qui, de tous côtés, ont récemment encore signalé les dangers des opérations à l'aiguille.

Admettons que ces accidents n'aient pas lieu et que le brouhaha du début, prévu celui-là, se calme. Il n'est pas rare d'observer l'enclavement de la capsule dont je vous ai déjà parlé et qui peut devenir fort grave ultérieurement. De plus, vous pouvez dépasser le but, labourer le corps vitré : et tout cela n'est pas sans danger : les iritis, les réactions vives avec occlusion papillaire, ne sont pas rares, en dehors de la panophtalmie qu'on a vu survenir. Dans les cas les meilleurs, vous pouvez être encore obligés de répéter l'opération et d'exposer ainsi le malade à de nouveaux hasards.

Je récuse la ponction du cristallin dans le dessein d'une maturation artificielle exactement pour les mêmes raisons, puisque l'application est presque semblable à celle du cas précédent.

Que fait Förster ? Il pratique d'abord une iridectomie, masse le cristallin avec une curette d'écaille, soit directement, soit à travers la cornée. Plus tard, on procède à l'extraction. C'est une méthode que j'ai essayé à maintes reprises. Mon chef de clinique d'alors, M. de Lapersonne, fit même sa thèse sur ce sujet. Eh bien ! c'est une manière d'agir que je crois sans précision, sans résultat certain, qui donne trop ou trop peu. C'est un procédé fallacieux et qui a encore cet inconvénient d'exposer le malade à une série d'opérations.

Je ne vous engage point à l'employer, car il multiplie les ennuis du malade et les responsabilité du chirurgien.

Faites donc, dans tous ces cas, des opérations complètes ; intervenez rarement quand on vous consulte pour des cataractes incomplètes, mais n'hésitez point si on exige ou si la situation précaire du malade commande l'opération. S'il y a une opération secondaire à faire, vous la ferez largement, chirurgicalement, et vous extrairez à la pince ce qui gêne la vision.

Commencez donc par l'extraction, que vous ferez avec une petite sphinctérectomie s'il y a trop de masses incomplètement cataractées. Vous pourrez quelquefois réussir d'emblée. Si vous avez une cataracte secondaire, je vous répète que l'extraction du tout ou partie de la membranule vous donnera un résultat idéal. C'est l'extraction en deux temps du cristallin et de sa capsule ; j'espère que nous pourrons comparer avec fruit les résultats des deux côtés opérés différemment.

Vous le voyez, Messieurs, nous sommes loin de cette époque trop unicisle où l'on discisait toutes les cataractes congénitales. Mauvaise pour l'enfant, la discision serait encore plus mauvaise chez notre malade qui a 27 ans et dont le cristallin a sûrement un noyau. Je ne parle pas du broiement, il n'y a aucune comparaison à établir ici avec la lithotritie. Dans l'œil, le broiement est toujours mauvais. Soyez les maîtres de la cataracte, en ouvrant pour vous et pour elle un large chemin dans la cornée, et rappelez-vous que, s'il y a un progrès accompli sur les anciens, dans l'histoire de la cataracte, c'est l'extraction partout et toujours. La méthode de choix, je le répète, la discision, doit devenir une méthode d'exception dans le traitement des cataractes d'origine congénitale.

CLINIQUE INFANTILE

Localisations des oreillons sur l'appareil sexuel et ses annexes (*fin*) (1) ;

par le Dr J. COMBY.

Orchites spontanées.

Enfin on voit éclater quelquefois, à l'état sporadique ou épidémique, des orchites aiguës, qui ne semblent dépendre ni de la blennorrhagie, ni des oreillons. Des hommes jeunes sont pris, après quelques jours de fièvre, sans localisation précise, d'une inflammation testiculaire plus ou moins intense, que Morton désignait sous le nom de *febris testicularis*.

Là encore il est permis de se demander si l'on ne se trouve pas en présence d'oreillons frustes. J'ai vu un cas de ce genre, et je n'ai pu lui trouver d'explication satisfaisante (2).

Un homme de 35 ans est pris de malaise, courbature, fièvre, anorexie, il garde le lit, j'hésite entre un embarras gastrique fébrile et une fièvre typhoïde ; au bout de dix jours, le testicule droit prend, dans la nuit, un développement insolite, les bourses sont rouges, gonflées, douloureuses. En même temps, l'état général s'améliore, et la guérison survient rapidement.

Le malade n'avait eu ni angine, ni parotide, ni écoulement uréthral.

Le Dr Bourges a publié trois observations d'orchites survenues dans les mêmes conditions (3).

Il s'agit de soldats de la Grande Armée qui, après 8 à 15 jours d'un état catarrhal avec fièvre, anorexie, gastricité, voyaient un de leurs testicules devenir tout à coup gros et douloureux, en même temps que l'état général s'amendait. La guérison survint dans les trois cas sous l'influence du repos et des émollients, mais, chez l'un de ces malades, il y eut épanchement dans la tunique vaginale et suppuration.

Le Dr Duffey n'a pas vu moins de 18 cas d'orchite rhumatismale, dans la garnison de Malte (4). Dans un cas il y eut également suppuration.

Ces sortes d'épidémies d'orchite frappant des soldats évoquent l'idée d'oreillons frustes : ce n'est qu'une hypothèse, mais elle est plausible.

Le Dr Hublé aurait observé, de 1882 à 1887, dix cas d'une orchite particulière, développée spontanément, c'est-à-dire à l'exclusion des diverses causes auxquelles cette maladie est ordinairement attribuable tuberculose, syphilis, blennorrhagie) (5). L'orchite se déclarait à la suite d'un état fébrile, à type rémittent, se comportant comme une pyrexie légère et courte. L'épididyme était attoint, mais il

(1) Extrait d'un volume : *Les Oreillons*, qui va paraître chez Rueff et Cie, Paris.

(2) *Société clinique*, 1883.

(3) *Journal de Sedillot*, 1808, XXXI, p. 54.

(4) *Dublin journ. of méd., sc.* 1er février 1872, p. 97.

(5) *Association française pour l'avancement des Sciences*. Oran, 1888.

n'était pas rare aussi que la glande fût prise, ainsi que la vaginale, qui présentait parfois un léger épanchement promptement et constamment résorbé. La surface du testicule était lisse, et la douleur locale modérée. L'orchite était souvent accompagnée d'artropathies et parfois d'ictère, d'éruptions polymorphes, purpuriques, herpétiques, etc. L'albuminurie transitoire a été notée à plusieurs reprises. La durée moyenne est évaluée à une dizaine de jours. Pronostic immédiat peu grave, mais atrophie testiculaire possible.

Cette *orchite infectieuse primitive*, d'après le Dr Hublé, s'observerait chez les individus surmenés, chez les paludiques, etc. Elle se rapprocherait de l'orchite ourlienne.

Que ce soit une entité morbide ou seulement un syndrome, l'auteur y voit l'expression locale, sur un « *locus minoris resistentiæ*, » d'un état général tributaire d'un micro-organisme, peut-être celui de l'impaludisme ? Mais nul ne pourrait l'affirmer.

Il n'est pas téméraire de rapprocher ces cas des précédents, malgré les lacunes des observations qui s'y rapportent, car on ne voit pas bien, en dehors des oreillons, à quelle influence générale les rattacher.

Le Dr Kovacs a rapporté plus récemment deux cas d'orchites ourliennes sans oreillons (1).

La plupart des médecins militaires, dont la compétence en matière d'oreillons est si grande, n'hésitent pas à interpréter comme je viens de le faire les *orchites d'emblée*.

Pour M. Laveran, un grand nombre de faits démontrent que l'orchite simple ou double peut constituer la seule manifestation des oreillons, la tuméfaction des glandes salivaires faisant entièrement défaut ; les observations d'orchites ourliennes sans parotides concomitantes se rencontrent en général en petit nombre au milieu des cas d'oreillons réguliers, cependant, dans quelques épidémies l'exception devient la règle, et on assiste alors à des épidémies d'orchite dont la nature a été quelquefois méconnue.

Dans l'épidémie qui sévit à Châteauroux en 1832, il y eut plusieurs cas d'orchite sans gonflement parotidien préalable ou successif. Dans l'épidémie de Genève, Rilliet, Mayor, Julliard ont observé plusieurs cas du même genre. Desbarreaux-Bernard cite sept exemples de cette forme anormale d'oreillons : dans la même famille, un malade était atteint d'orchite, tandis que son frère avait une tuméfaction parotidienne.

Dans une épidémie survenue à Dantzig en 1876 (2), sur 29 soldats atteints d'orchite ourlienne, 10 seulement avaient eu des gonflements parotidiens; chez les 19 autres, la tuméfaction parotidienne ne fut rencontrée à aucun moment. Sur 10 malades atteints d'orchite qui furent soumis à un examen ultérieur, 5 présentèrent l'atrophie testiculaire. Rizet a vu l'orchite ourlienne d'emblée à Arras (3).

Boyer en cite 5 cas. Debize, Vidal 5, Malabouche 4, Jacob 3, Sorel 3, Jobard 2, Ressiguier, Chauvin, Servier, Jourdan, chacun un cas.

M. Laveran, pendant les épidémies auxquelles il a assisté, a vu plusieurs fois des orchites se développer chez des hommes *qui n'avaient pas présenté trace d'engorgement des glandes salivaires*; les orchites avaient dans ces cas les caractères et suivaient la marche de l'orchite ourlienne. Un des malades de M. Laveran eut une orchite double et ses testicules, qui présentaient au moment de la résolution une mollesse remarquable, ont dû s'atrophier par la suite.

Ces faits, relativement faciles à interpréter au milieu des épidémies, sont de nature à jeter le médecin dans le plus grand embarras, s'ils se présentent à l'état sporadique (comme dans le cas qui m'est personnel) dans une grande ville où il est souvent impossible de dépister la contagion et de remonter à la source des accidents.

Quoi qu'il en soit, il est bon d'être averti, et de prévoir toutes les anomalies de cette singulière affection.

(1) *Soc. imp. et royale de Vienne*, 1890.
(2) Heller. — *Berl. Klin. Woch.*, 1880.
(3) *Bull méd. du Nord*, 1860.

Orchite précédant les oreillons.

L'orchite ourlienne d'emblée, dont l'existence est établie par les témoignages précédents, peut s'accompagner de gonflement parotidien ou en être suivie. Dans cette forme, la marche ordinaire des accidents est renversée : le gonflement parotidien succède à l'orchite, au lieu de la précéder. Ces faits de *renversement* suffiraient, s'il en était besoin, à ruiner la théorie des métastases et à établir le caractère de *maladie infectieuse générale* qui appartient aux oreillons.

Crevoisier d'Hurbache cite un cas où l'orchite précéda l'apparition du gonflement parotidien (1).

Lynch affirme avoir observé plusieurs cas analogues (2).

Ressiguier dit que l'orchite peut apparaître en même temps que les oreillons ou les précéder.

Rizet (Arras) a vu, chez plusieurs malades, l'orchite en avance de deux ou trois jours sur les parotides.

Boyer, sur 12 cas d'orchites, en a vu 7 suivies d'engorgement parotidien.

A l'armée de la Loire, Vidal a vu, chez trois malades, les parotides se tuméfier consécutivement aux testicules.

Bussard (Oléron), chez deux malades, a vu l'orchite précéder la fluxion parotidienne de 24 et de 36 heures.

Le Dr Plagneux a vu quatre fois l'orchite précéder le gonflement parotidien (3).

Enfin Saucerotte a vu les parotides, qui avaient disparu au moment du gonflement testiculaire, se montrer de nouveau après la résolution de ce dernier.

En somme, les rapports chronologiques des manifestations parotidiennes et testiculaires peuvent présenter toutes les variations.

Le rapport habituel, régulier, classique, prévu, est le suivant : Le gonflement parotidien précède de un ou plusieurs jours l'orchite ourlienne.

Le rapport exceptionnel, anormal, imprévu, est celui-ci : Le gonflement parotidien est simultané ou postérieur. La loi est renversée.

Orchites amygdaliennes.

Il y a longtemps déjà que le professeur Verneuil a signalé les métastases testiculaires dans le cours des angines (4). Dans un cas, le testicule est resté mou et atrophié, comme cela s'observe quelquefois à la suite de l'orchite ourlienne.

M. le Dr Joal a repris la question dans un mémoire important; il a montré qu'un certain nombre d'amygdalites pouvaient s'accompagner d'orchite et d'ovarite, sans que les oreillons fussent en cause (5). Ces complications imprévues dans le cours de manifestations angineuses souvent légères, rappellent trait pour trait les métastases ourliennes. Sans mettre en doute la relation clinique observée par Verneuil, Joal, etc., entre les amygdalites et les orchites, on peut se demander si les oreillons n'ont pas joué un rôle dans quelques cas, sinon toujours. Je crois, en effet, que les oreillons peuvent être frustes, c'est-à-dire dépourvus de cette fluxion parotidienne qui les caractérise habituellement. D'autre part, ils s'accompagnent parfois d'angine érythémateuse, et l'influence ourlienne semble planer sur tous ces faits mystérieux d'orchite et d'ovarite métastatiques.

M. Sallard, dans son livre récent (6), insiste avec raison sur les analogies qui rapprochent tous ces accidents. Il dit que l'orchite tonsillaire offre des caractères presque absolument identiques à ceux de l'orchite ourlienne ; comme celle-ci, elle éclate à la fin de la maladie, elle intéresse le parenchyme plus que l'épididyme, elle peut se terminer par l'atrophie de la glande, elle frappe les sujets

(1) *Thèse de Strasbourg*, 1847.
(2) *Dublin Quart. Journ.*, 1856.
(3) *Thèse de Paris*, 1885.
(4) *Arch. de méd.*, 1857.
(5) *Arch. de méd.*, Mai, 1886.
(6) *Les amygdalites aiguës*. Paris. 1892. Rueff. éditeur.

jeunes, elle n'aboutit que très exceptionnellement à la suppuration. Il y a donc une parenté réelle, au moins dans l'expression clinique, entre les orchites et ovarites tonsillaires et les orchites et ovarites ourliennes.

Uréthrite et prostatite ourliennes.

L'orchite ourlienne est fréquente, bien connue, incontestable et incontestée. Il n'en est pas de même de la prostatite et de l'uréthrite signalées par de rares observateurs.

M. Laveran déclare n'avoir jamais rencontré d'écoulement uréthral à la suite des oreillons.

Gosselin rapporte qu'un jeune homme de 21 ans, atteint d'oreillons avec orchite, présentait en même temps une tuméfaction considérable de la prostate ; au bout de trois jours, tout avait disparu. Il est probable que, si les médecins pratiquaient habituellement le toucher rectal dans les cas d'orchite ourlienne, ils trouveraient plus souvent l'engorgement de la prostate.

Sur 10 orchites observées par MM. Barthez et Sanné dans une épidémie scolaire, 5 adolescents présentèrent un écoulement uréthral jaunâtre et visqueux, qui d'ailleurs guérit vite. Ces faits mettent hors de doute l'existence de l'uréthrite et de la prostatite ourliennes.

Ovarite ourlienne.

Trousseau, qui signale les métastases sur les mamelles, s'étonne que personne ne les ait observées sur les ovaires qui, chez la femme, sont le pendant des testicules (*testes muliebres*).

Cependant Rizet (Arras) a observé chez deux femmes (âgées de 29 et de 32 ans) des douleurs très intenses qui paraissaient provenir des ovaires.

Parfois, dit Niemeyer, un endolorissement dans la région de l'un ou de l'autre ovaire, endolorissement qui augmente à la pression, fait supposer que ces organes, comme chez les hommes les testicules, sont devenus le siège d'une inflammation légère.

Meynet a vu une fille de 16 ans, non réglée, atteinte d'oreillons doubles ; huit jours après, le gonflement ayant disparu, il persiste de la fièvre, de l'agitation et une douleur au fond des fosses iliaques, surtout à droite (1). On sentait à ce niveau une tuméfaction arrondie qui répondait à l'ovaire droit. Au bout de trois semaines, les tuméfactions parotidiennes reparurent, puis s'en allèrent en même temps que la tumeur ovarienne.

Ce cas n'est pas à l'abri de toute critique, et l'on pourrait invoquer une anomalie de l'ovulation. M. Peter, en effet, a vu une femme chez laquelle, au moment des règles, on constatait, au lieu d'hémorrhagie utérine, tantôt une tuméfaction des parotides, tantôt un thrombus des grandes et des petites lèvres (2).

Bouteiller (3), chez une femme de 24 ans qui avait présenté un double gonflement parotidien, a constaté l'apparition de douleurs iliaques, bientôt limitées au côté droit. A ce niveau, on sentait une petite tumeur un peu allongée dans le sens transversal, mobile, douloureuse à la pression, plus grosse que l'ovaire normal, mais occupant le siège de cette glande. La malade sortit de l'hôpital guérie, après un séjour de deux semaines.

On voit que les observations d'ovarite ourlienne sont rares, tandis que les orchites sont innombrables.

Si l'existence de l'ovarite ourlienne est douteuse, à plus forte raison le doute plane sur les conséquences de cette ovarite, sur l'atrophie et sur la stérilité qui pourraient en être la suite.

Localisations sur les grandes lèvres.

On possède quelques observations de métastase sur les grandes lèvres. Laghi l'avait signalée au siècle dernier.

Rilliet, à Genève, a vu une demoiselle de 36 ans qui, au cinquième jour des oreillons, présenta un gonflement des grandes lèvres. Ce gonflement se dissipa en trois ou quatre jours.

(1) *Soc. des Sciences méd. de Lyon*, 1865.
(2) *Gaz. des Hop.*, 1868.
(3) *Thèse de Paris*, 1866.

M. Peter, qui a vu, lui aussi, la fluxion des grandes lèvres, localise le gonflement dans les glandes vulvo-vaginales.

Gaillard (1) cite un cas d'engorgement de la grande lèvre droite terminé par suppuration. N'est-ce pas une simple coïncidence, qu'on peut encore objecter aux auteurs qui parlent de vaginite et d'uréthrite ourliennes (Groffier, Chatard de Baltimore) ? D'Heilly dit que les règles pourraient se montrer en dehors des époques ; il y aurait donc des métrorrhagies ourliennes.

Mastite ourlienne.

Les oreillons peuvent-ils avoir une localisation mammaire ? Plusieurs observations de mastite ourlienne chez la femme, et même chez l'homme, ont été publiées. Elles sont assurément très rares.

Trenel en rapporte trois (2) :

1° Une demoiselle de 18 ans a des oreillons volumineux ; le cinquième jour ils disparaissent, la fièvre s'allume, les mamelles se gonflent et deviennent douloureuses ; le septième jour, elles diminuent, des sueurs surviennent et la guérison est obtenue.

2° Une fille de 15 ans a les oreillons avec fièvre ; le cinquième jour, les parotides étaient encore empâtées, les seins deviennent douloureux sans augmenter de volume. Guérison le septième jour.

3° Une femme de 30 ans, enceinte, a les oreillons : le sixième jour, alors que les parotides entrent en résolution, les seins deviennent gros et douloureux ; le huitième jour, sueurs, dégonflement des seins, guérison.

D'autres auteurs, Rochard, Cavallini, J. Franck, Roche, Cullen, A. Cooper signalent la tuméfaction des mamelles chez la femme à la suite des oreillons.

Jobard a observé, chez une Indienne, une tuméfaction considérable des seins à la suite des oreillons. Au moment où la mastite ourlienne se résolvait, la tuméfaction parotidienne reparut. Une petite fille de cinq ans (Rizet) présenta, lors de l'épidémie d'Arras, un engorgement mammaire d'origine ourlienne.

Dans la même épidémie, Rizet a vu deux soldats présenter un engorgement des glandes mammaires à la suite des oreillons ; chez l'un deux, on vit quatre tubercules de Montgomery qui durèrent dix jours, et le mamelon laissait sourdre à la pression un liquide séreux.

Lemarchand, de même, chez un soldat atteint d'oreillons, a vu que la mamelle n'était pas seulement engorgée, mais qu'il s'écoulait encore, par la pression du mamelon, un suc blanchâtre.

Le même malade avait une orchite. On a dit que le corps thyroïde pouvait être atteint par le processus ourlien.

(1) *Thèse de Montpellier*, 1887.
(2) *Thèse de Strasbourg*, 1812.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr HIRIGOYEN est nommé médecin adjoint au lycée de Bordeaux, en remplacement de M. le Dr Arnozan, démissionnaire.

MÉDECINS SÉNATEURS. — M. le Dr Félix FRANCOZ, ancien interne des hôpitaux de Lyon, vient d'être élu sénateur de la Haute-Savoie.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — Plusieurs élections de conseillers généraux ont eu lieu cette semaine. Dans le canton de Bar-sur-Aube (Aube), M. le Dr TACHERON a obtenu 1,523 voix. Il y a ballottage.

MÉDECINS ET AVORTEMENTS. — Au mois de novembre dernier, la cour d'assises de Caen avait condamné à cinq ans de réclusion le nommé X***, ancien médecin de la région. X*** avait pratiqué des manœuvres abortives sur une de ses clientes. Depuis cette époque, la justice a découvert d'autres crimes de même nature à la charge de X***, qui a comparu de nouveau devant le jury du Calvados. Cette fois, il était accusé d'avoir pratiqué des manœuvres abortives sur deux femmes mariées. Une femme Y..., qui lui servait d'aide a comparu comme complice. X***, a été condamné à huit ans de réclusion ; la femme Y... à trois ans de la même peine. Les deux peines prononcées contre ce médecin se confondront.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes sur l'organisation du Service de santé.

8e *article.*

VII. — De l'Antisepsisation des Matériaux de Pansement.

Le jugement de condamnation prononcé contre l'acide phénique demeure donc sujet à revision, et nous y reviendrons dans un instant. L'exclusion de l'iodoforme restera, au contraire, définitive, en tant que destiné à l'imprégnation de grandes masses de matériel de pansement.

On avait cependant songé sérieusement à son emploi sous forme de compresses iodoformées, car, si l'on peut discuter sur son mode d'action, on ne saurait contester la réalité de son pouvoir antiseptique. D'autre part, si l'on peut reprocher à la poudre d'iodoforme appliquée directement sur les plaies d'en retarder la cicatrisation, le reproche n'est plus fondé quand on emploie les compresses iodoformées. Celles-ci constituent, en outre, un puissant moyen d'hémostase antiseptique, par la facilité avec laquelle elles se prêtent à combler toutes les cavités et anfractuosités des plaies. A ce titre elles nous paraîtraient devoir jouer le principal rôle dans l'application des pansements antiseptiques dans les formations sanitaires régimentaires en campagne. On devrait en attribuer à celles-ci un large approvisionnement, malgré les graves objections que nous allons exposer. Dans les ambulances, en fonction sur le champ de bataille, on pourra toujours préparer les compresses iodoformées au fur et à mesure des besoins spéciaux.

Au prix ministériel de 55 francs le kilogramme et en imprégnant à 3/10 les compresses, la tonne métrique de matériel iodoformé coûterait 16.500 francs, rien que pour l'iodoforme, et le poids des approvisionnements serait augmenté de près du tiers.

D'autre part, la fabrication de l'iodoforme se trouve entre les mains d'un petit nombre d'individus, groupés, dit-on, en syndicat. Les variations de prix atteignent quelquefois des écarts de hausse considérables et la constitution de vastes approvisionnements de guerre ne pourrait sans danger rester à la merci de coalitions éventuelles. Quelque graves que fussent ces inconvénients, ils ne déterminèrent pas, *a priori*, le rejet de l'iodoforme, dont l'exclusion fut avant tout motivée par son extraordinaire diffusibilité, qui n'est comparable qu'à celle de l'hydrogène.

Une série de paquets à enveloppe extérieure caoutchoutée, absolument imperméable à l'eau au bout de plusieurs jours d'immersion complète, reçurent des compresses iodoformées et furent soudés à la colle de caoutchouc. Après les avoir desséchés préalablement pendant 24 heures sur l'acide sulfurique, on les exposa pendant six jours consécutifs dans une étuve sèche à 55 degrés centigrades (température au soleil dans nos colonies) et on constata qu'ils avaient perdu au bout de ce temps 35/100 en moyenne de leur poids d'iodoforme.

Ces mêmes paquets, retirés de l'étuve, parfaitement nettoyés sur toute leur surface, puis exposés dans un courant d'air ordinaire, continuèrent à perdre de leur poids et présentèrent, fait absolument concluant, une couche de cristaux d'iodoforme sur tous les points de leur surface extérieure en contact avec la table ou les paquets voisins. Cependant, à la fin de l'expérience, les paquets conservaient intacte leur imperméabilité à l'eau.

Les essais tentés avec des enveloppes paraffinées donnèrent des résultats identiques. L'iodoforme disparaît même des boîtes métalliques dont le couvercle est hermétiquement fermé avec du papier collé. Seules les boîtes métalliques soudées à l'étain ont conservé intact, jusqu'à présent, l'iodoforme qu'elles renferment, mais rien ne prouve encore, qu'à la longue elles n'en laisseront pas échapper une certaine quantité. Cette extraordinaire diffusibilité a entraîné la condamnation, sans appel, de l'iodoforme appliqué à l'antisepsisation de grandes masses de matériel.

Toutefois la 7e Direction (et il faut hautement l'approuver) a fait préparer des compresses iodoformées à 3/10 pour 2 à 300,000 francs. Elle les a réunies par cinq sous une enveloppe de papier paraffiné et collé, puis elle a réuni cinq de ces paquets dans une boite métallique rectangulaire, dont le couvercle, soudé à l'étain, est muni d'un système à clef qui permet de l'ouvrir sans difficulté.

Le prix de chacune de ces boites de 25 compresses revient à 15 francs. Chaque approvisionnement régimentaire, au complet de guerre, comprend 6 de ces boites (six). Chaque approvisionnement d'ambulance divisionnaire en possédera 20 environ (vingt) (1) à l'époque, hélas encore lointaine et indéterminée, où les formations hospitalières de campagne seront pourvues du nouveau matériel de pansement.

Après l'élimination successive de tous les antiseptiques dont nous venons de parler, la 7e Direction fixa définitivement son choix sur le bichlorure de mercure et décida que le sublimé servirait seul à l'antisepsisation des immenses approvisionnements du nouveau matériel de pansement.

Cependant, dès 1888, à la suite de recherches incidentes, le Comité technique de santé avait émis des doutes sur la persistance du bichlorure de mercure à l'état soluble dans la charpie, après 18 mois à peine de conservation, ainsi que dans l'étoupe et l'ouate de tourbe de préparation plus récente encore. Et il émit l'avis qu'il y avait lieu de s'assurer du bien ou du mal fondé de cette crainte, par des analyses chimiques précises.

On remit, en conséquence, à la Pharmacie centrale des Hôpitaux militaires, des échantillons de charpie, d'étoupe et d'ouate de tourbe bichlorurés au millième. On prescrivit de rechercher si le bichlorure de mercure existait réellement à l'état de bichlorure dans ces échantillons ; quelle était la proportion de mercure à l'état de sublimé et à l'état insoluble ; s'il suffisait, enfin, de modifier le procédé d'antisepsisation employé pour assurer la conservation du mercure à l'état de sublimé.

(1) Ce calcul est établi sur la base des indications de la Nomenclature de chargement de la voiture technique de Chirurgie. Les Nomenclatures des chargements de fourgons d'approvisionnement de réserve des ambulances et celles des hôpitaux de campagne ne sont même pas encore arrêtées.

En employant comme dissolvant l'eau distillée à la température de 60° centigrades, ou l'alcool à 90° centésimaux, il a été impossible de déceler *la moindre trace de sublimé à l'état de bichlorure soluble* dans l'un ou l'autre des échantillons, de fabrication ancienne ou récente. Au contraire, en traitant les échantillons par une solution d'acide chlorhydrique à 10 0/0 à la température de 60° environ, on y retrouvait constamment le mercure, *mais à l'état de combinaison insoluble*. Ces expériences, répétées et variées, fournirent toujours des résultats identiques.

Il était donc certain que le bichlorure de mercure ne tardait pas à être décomposé au contact de la charpie, de l'étoupe et de la ouate de tourbe. Fallait-il attribuer cette décomposition à la présence de la glycérine et de la gomme dans le bain où l'on plongeait les matériaux à imprégner ? Ou bien était-elle la conséquence d'une action chimique spéciale exercée par la fibre végétale sur le composé mercurique ?

Les expériences de Schillinger et d'Emmerich avaient appris depuis longtemps que l'addition de chlorure de sodium au sel mercurique assurait la stabilité de ses solutions, sans diminuer son coefficient antiseptique. On prépara donc de l'étoupe antiseptique au moyen d'une solution alcoolique simple de sublimé, additionnée de chlorure de sodium dans la proportion d'un gramme pour quatre grammes de sublimé, et à l'exclusion absolue de gomme et de glycérine.

Un mois après la préparation, l'analyse démontra qu'un kilogramme d'étoupe purifiée et bichlorurée, suivant ce nouveau procédé, ne dosait plus par macération alcoolique que 0 gr. 175 de mercure à l'état de bichlorure soluble, et qu'il n'accusait plus que 0 gr. 514 de mercure total par la macération dans une solution d'acide chlorhydrique, additionnée de chlorate de potasse. On en pouvait conclure que l'addition de chlorure de sodium pouvait tout au plus retarder la décomposition du sublimé, mais ne pouvait l'empêcher.

Ces résultats furent corroborés et complétés à la suite de nouvelles analyses faites sur des échantillons d'étoupe rendue antiseptique au moyen d'une solution de sublimé additionnée de chlorure de sodium. Ces analyses furent répétées de 3 mois en 3 mois. Au début on a trouvé 0 gr. 096 de sublimé soluble par kilogramme de matière au lieu d'un gramme. Puis la proportion est allée en s'affaiblissant, et au 15e mois (quinzième) *on ne retrouva plus trace de sublimé à l'état soluble*, alors que par le traitement acide on retrouvait le mercure en totalité. Mais au cours de ces analyses on fit une découverte de la plus extrême gravité, et qui, toutefois, ne paraît pas avoir produit la moindre impression sur l'esprit du chef de la 7e Direction.

En recherchant si la charpie, l'étoupe et la ouate de tourbe bichlorurées au millième conservaient un pouvoir antiseptique quelconque, malgré l'impossibilité d'y déceler la présence du sublimé au moyen de dissolvants neutres, on fit la constatation que *la charpie et l'étoupe bichlorurées n'étaient même pas aseptiques*.

Des bouillons, ensemencés avec cette charpie et cette étoupe, ont été constamment contaminés, alors que des tubes témoins restaient limpides. Les ensemencements faits avec la ouate de tourbe demeuraient stériles, phénomène singulier et digne d'attention.

Ces résultats, dont les conséquences peuvent être désastreuses au point de vue chirurgical, dans les guerres futures, ne semblent même pas avoir suffisamment frappé le personnel dirigeant au Ministère de la Guerre, pour l'amener à les contrôler par de nouvelles expériences. Nous serions heureux d'en avoir le démenti, non purement et simplement négatif, mais appuyé sur la publication officielle des rapports établis à la suite d'expériences comparatives qui auraient infirmé les premiers résultats.

L'avenir du Service de santé en campagne est, en effet, gros de prévisions désastreuses, si ce démenti ne peut être donné avec preuves à l'appui. Le ministre de la guerre, le corps médical tout entier et l'opinion publique ont le droit et le devoir d'exiger que la lumière soit faite et qu'elle soit éclatante. Le chef actuel de la 7e Direction ne saurait rejeter sur qui que ce soit la responsabilité de pareils faits, s'ils n'étaient démentis. Ayant exercé depuis six ans sur le Corps de santé un pouvoir absolu, sans contrôle, en tout ce qui concerne son organisation technique, sans recourir toujours aux lumières du Comité technique, il ne saurait invoquer aujourd'hui la moindre excuse valable ou l'ombre même d'une circonstance atténuante.

Il n'a pas ignoré, en effet, les travaux de M. Vignon, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lyon, sur les fonctions chimiques des fibres textiles, travaux mentionnés dans les Comptes-rendus de l'Académie des sciences en 1889 et 1890. Il résulte de ces recherches que, tandis que la soie d'origine animale jouit indifféremment des fonctions acide et basique, la fibre végétale ne possède, au contraire, que la fonction acide.

Mise en contact avec des sels métalliques en solution aqueuse diluée, cette fibre végétale les décompose et fixe la base en donnant des produits de polymérisation de plus en plus insolubles. Dans une solution ainsi diluée et dans laquelle on plonge de l'étoupe ou de la ouate de tourbe, les éléments composant le bichlorure de mercure sont dans un grand état de dissociation, suivant la formule :



$$HgCl^2+(H^2O)^n=HgO+2HCl+(H^2O)^{n-1}.$$

Dans cette solution la fibre végétale fixera HgO suivant ses affinités exclusivement basiques et le degré plus ou moins grand d'insolubilité du composé qui en résultera. Ces résultats varieront également selon la dilution ou la concentration du bain et la proportion réciproque des éléments en contact. La durée de ce contact, la température du bain et celle de la dessiccation exerceront également une influence sur l'issue de l'opération.

Avec le temps, l'étoupe et la ouate de tourbe, toutes deux dépourvues de fonctions basiques, perdront de l'acide chlorhydrique libre, volatil à la température ordinaire, et ne conserveront que l'oxyde mercurique qui est fixe. Plus tard, sous l'influence du temps et de la lumière, cet oxyde mercurique se transformera, à son tour, en oxyde mercureux et en mercure métalli-

que, ou, à la longue, en composés polymérisés complètement insolubles dans l'eau. Telles sont les prévisions indiquées par la théorie. L'expérience en a déjà prouvé la justesse, car, dans les analyses faites à la Pharmacie centrale, on a signalé la présence du mercure métallique dans la charpie et l'étoupe bichlorurées.

Signalons tout de suite un danger menaçant pour une partie importante des approvisionnements de guerre du Service de santé, danger dont la 7e Direction paraît ignorer l'existence. Ce danger résulte du dégagement d'acide chlorhydrique dans les paquets de pansement individuels bichlorurés, dont il existe aujourd'hui environ 1,500,000, représentant une dépense d'au moins 800,000 francs. Ces paquets, imperméables aux vapeurs d'acide chlorhydrique, soudés hermétiquement à la colle de caoutchouc, gonfleront avec le temps, se distendront ; et, comme ils sont manutentionnés en tas dans des caisses, le poids des couches supérieures fera éclater les paquets des couches subjacentes. En outre, il importerait au plus haut point d'observer et d'étudier les réactions qui pourront se produire au contact de l'acide chlorhydrique gazeux et de l'enveloppe, ainsi que de la soudure de caoutchouc.

S'est-on préoccupé de toutes ces questions à la 7e Direction ? S'est-on seulement douté du danger que courent les approvisionnements ? Nous ne le croyons pas. Mais la révélation de ces faits ne manquera pas de susciter de légitimes inquiétudes dans le Corps de santé tout entier, et jusque dans le Parlement. Qu'on nous démente, si nous nous trompons, et qu'on publie dans les *Archives de médecine militaire* le résultat intégral des expériences qui auraient été entreprises à ce sujet. Il y a là de quoi utiliser cette science des pharmaciens, dont on fait si peu de cas, qu'on ose proposer, sans rougir, de limiter leur carrière au grade de principal de 2e classe. Quoi qu'il en soit, il demeure acquis, théoriquement et expérimentalement, que l'*antisepsisation du matériel de pansement au moyen du bichlorure de mercure, ou de tout autre sel métallique, est une chimère, au même titre que la quadrature du cercle* (1).

La fibre végétale ne possédant pas la fonction basique, le problème de l'antisepsisation du matériel de pansement se circonscrit dans ces termes :

Trouver un antiseptique acide, plutôt fixe que volatil à la température ordinaire, et dont la dose minima efficace n'ait point d'action caustique sur les tissus en contact.

Nous avions donc raison de dire, en commençant, que la condamnation prononcée contre l'acide phénique n'était pas sans appel, et qu'il importait d'instituer une série d'expériences précises avant de le rejeter définitivement comme moyen d'antisepsisation du matériel de pansement. Il ne nous convient pas d'en formuler ici le programme, dont l'élaboration incombe à la 7e Direction seule, bien qu'elle n'ait fourni jusqu'à ce jour que des preuves plus que discutables de capacité organisatrice. Quoi qu'il arrive, il demeure certain que la charpie phéniquée est aujourd'hui la seule portion de nos approvisionnements de guerre qui soit réellement antiseptique.

Quant au nouveau matériel de pansement qu'on a offert à l'admiration des médecins de réserve et de l'armée territoriale, aux manœuvres de Guyancourt et ailleurs, mais qui toutefois n'existe encore dans aucune des formations hospitalières de campagne faisant partie des corps d'armée mobilisés, *il ne sera pas antiseptique, il ne sera même pas rigoureusement aseptique.*

C'est l'écroulement, par sa base même, de toute l'organisation du Service de santé de 1re ligne, qui repose sur le système des évacuations rapides et au loin du terrain des opérations. Car, toute blessure reçue sur le champ de bataile doit, *a priori*, être réputée contaminée. Pour permettre l'évacuation du blessé, elle doit être pourvue d'un pansement sec qui puisse absorber toutes les sécrétions pendant toute la durée de cette évacuation (plusieurs jours), sans être renouvelé.

Ce pansement sec doit être non pas aseptique seulement, car la plaie est réputée contaminée, mais bien antiseptique, afin d'empêcher les sécrétions absorbées de se transformer en foyer de culture septique, au contact de plaies récentes. Mais ne dirait-on pas que toute la mobilisation du Service de santé, personnel et matériel, a été établie avec la conviction que la guerre n'éclaterait jamais ?

Dr FREEMAN.

Post-Scriptum. — Le *Bulletin du Service de santé militaire*, dans son numéro de janvier, reproduit intégralement nos cinq premiers articles. Nous en sommes très flatté, car cela prouve que la Rédaction les a jugés bons à mettre sous les yeux des médecins militaires : c'est le meilleur éloge qu'on en puisse faire. Nous comptons bien voir publier la suite dans un des prochains numéros du *Bulletin*, car la Rédaction de ce journal n'est pas offusquée par la lumière que nous cherchons à faire sur les questions les plus vitales de la défense nationale et l'on sait bien qu'elle ne recule pas devant les généreuses et patriotiques initiatives.

(1) Pendant les quelques jours, au plus les premières semaines qui suivent l'opération de bichloruration, on retrouve le bichlorure de mercure en employant l'alcool à 80° comme dissolvant, aux lieu et place de l'eau distillée, qui n'en accuse plus que des traces insignifiantes. On a expliqué cette singulière différence en disant que le bichlorure se sublimait pendant la concentration de la macération aqueuse au bain-marie à 100° et se trouvait entraîné par la vapeur d'eau. On aurait dû s'en assurer en recueillant cette vapeur d'eau, ce qu'on a omis de faire, si nous sommes bien renseigné. L'explication semble, en effet, un peu hasardée, puisque le bichlorure ne se sublime qu'à 295° centigrades. Mais ce qui est hors de doute, ce qui a été confirmé dans toutes les expériences, c'est la disparition absolue du bichlorure au bout de 15 mois environ, alors même qu'on emploie l'alcool à 80° comme dissolvant. Aussi le Magasin central exige-t-il simplement, au moment de la réception du matériel de pansement, dit antiseptique, que l'étoupe et la ouate de tourbe fournissent à l'alcool à 80° un millième en poids de sublimé. Et, pour obtenir ce résultat, on étend la solution initiale du bain, dit-on, à trois grammes de bichlorure de mercure par kilogramme de matière à traiter. Nous employons la forme dubitative, parce que le procédé de traitement employé aujourd'hui par la maison Froger demeure secret. On peut se demander pourquoi, en présence surtout des résultats obtenus ? On se contente d'une *illusion d'antisepsie* ; ce qui peut suffire vis-à-vis d'un public ignorant et facile à tromper. Le Corps médical jugera plus sévèrement ceux qui lui laissent ignorer, de parti pris, une aussi grave situation, dont les conséquences désastreuses peuvent être incalculables.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr FAYARD est nommé médecin adjoint au lycée de Niort (emploi nouveau).

Le concours du Bureau central de médecine.

« Nous voici ramenés aux plus beaux jours de l'agrégation ! La constitution du jury du Bureau central de médecine semble en effet passer par des phases identiques à celles qui, lors de l'agrégation, émurent si fortement l'opinion publique.

« Depuis que le concours existe, aussitôt la clôture de la liste d'inscription, on communiquait aux candidats les noms de leurs juges, sauf modifications pour acceptations ou refus ultérieurs. Depuis hier, il n'en est plus ainsi. La *liste d'acceptation complète* seule sera communiquée. Or il existe un article du règlement disant que 5 jours après la clôture de la liste les candidats pourront se présenter au secrétariat général pour avoir communication du jury. L'administration ignore-t-elle donc que jamais on n'a pu constituer un jury en 5 jours! Il faudra donc violer le règlement. »

« On nous assure aussi que « les juges sont connus d'un petit nombre de privilégiés *bien en cour.* »

Il y a là sans doute un peu d'exagération. Nous avons la conviction que M. Peyron désire que tout soit correct dans la partie administrative des concours dont il est responsable et qu'il saura, si cela est nécessaire, rappeler à la discrétion l'employé qui a manqué à son devoir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 janvier 1892. — PRÉSIDENCE DE M. LACAZE-DUTHIERS.

M. ARLOING. — *Sur les propriétés pathogènes des matières solubles fabriquées par le microbe de la péripneumonie contagieuse des Bovidés et de leur valeur dans le diagnostic des formes chroniques de cette maladie.* — Injectés dans les veines, le suc des lésions pulmonaires et les cultures complètes en milieux liquides du Pneumobacillus liquefaciens bovis, peuvent amener le mort chez le bœuf et la chèvre à des doses relativement minimes et dans l'espace de 5 à 16 heures. On peut réaliser l'intoxication avec les produits solubles séparés des microbes par la dialyse et ramenés à leur volume primitif par évaporation. A l'autopsie on trouve des lésions congectives dans l'épaisseur de l'épiploon, sur l'intestin, les plèvres et les poumons, associées à un état plus ou moins œdémateux des espaces interlobulaires de ces derniers organes. On a retrouvé des substances analogues dans le sang défibriné et dans le sérum sanguin d'une vache atteinte de lésions pulmonaires aiguës considérables. L'identité des troubles déterminés par la sérosité des lésions pulmonaires et par le bouillon de culture du pneumobacillus liquefaciens est une preuve en faveur du rôle attribué à ce microbe dans l'étiologie de la péripneumonie contagieuse. L'injection des produits solubles dans le tissu cellulaire sous-cutané ne détermine sur le bœuf et la chèvre que des accidents éphémères. En concentrant le liquide de culture comme pour la préparation de la tuberculine ou de la malléine on obtient un liquide qui manifeste des propriétés phlogogènes et hyperthermogènes très accusées et que M. Arloing appelle *Pneumobacilline.* Des expériences en cours permettent d'affirmer que les animaux d'espèce bovine affectés de péripneumonie chronique sont plus sensibles que les sujets sains aux effets de la pneumobacilline.

Séance du 6 février. — PRÉSIDENCE DE M. LACAZE-DUTHIERS.

MM. CHAUVEAU ET KAUFMANN. — *Sur la pathogénie du diabète. Rôle de la dépense et de la production de la glycose dans les déviations de la fonction glycénique.* — On sait que la glycosurie, symptôme essentiel du diabète sucré, est le fait de l'hyperglycémie, c'est-à-dire d'une accumulation anormale de sucre dans le sang. Mais la cause de cette hyperglycémie n'a pas encore été trouvée. MM. Chauveau et Kaufmann ont cherché la solution du problème en analysant comparativement les sangs artériels et veineux de la circulation générale. Les expériences ont porté sur des chiens à jeun, en prenant soin que toutes les conditions de dosage fussent égales pour les deux sangs. A l'état physiologique l'analyse comparative ne manque jamais de démontrer que le sang veineux est moins riche en sucre que le sang artériel. Or, la même infériorité du sang veineux sur le sang artériel, au point de vue de la teneur en sucre, se retrouve dans toutes les déviations de la fonction glycémique qui sont provoquées par une lésion du système nerveux central. Cette infériorité se montre également dans l'hyperglycémie qui suit l'extirpation du pancréas. V. MORAX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 février 1893. — PRÉSIDENCE DE M. DARESTE.

M. FÉRÉ maintient ses conclusions sur l'*urologie de l'hystérie*, dont la formule donnée par MM. Cathelineau et Gilles de la Tourette ne serait pas seulement applicable à cette maladie.

M. GRÉHANT présente un appareil nouveau destiné à mesurer l'*oxyde de carbone qui peut* se trouver dans des quantités très minimes de sang.

MM. VAQUEZ et BUREAU ont observé un cas de *phlébite traumatique de la jambe droite*, dont ils donnent l'observation. La phlébite était due à des injections de sérum faites dans la veine saphène d'un sujet atteint de choléra. Le point important de l'observation, c'est que cette phlébite de la saphène interne du côté droit s'accompagna de troubles réflexes marqués du côté gauche, principalement d'un œdème brusque remontant jusqu'au mollet, qui ne dura d'ailleurs que quelques jours. Les auteurs pensent que ce phénomène s'explique par un mécanisme réflexe semblable à ceux que M. Ranvier a montré chez la grenouille.

MM. VAQUEZ et BUREAU ont pu étudier, dans le service de M. le Pr Potain, deux cas de *pouls lent permanent* avec crises syncopales et épileptiformes. Le pouls oscillait dans ces deux cas entre 22 et 25 pulsations, On peut constater sur les tracés qu'entre les systoles ventriculaires plus ou moins espacées se produisent des contractions isolées de l'oreillette, comme dans l'excitation expérimentale du pneumogastrique. Le pouls lent permanent serait donc produit par les excitations terminales ou centrales du vague agissant par l'intermédiaire du bulbe.

M. SERGENT présente un malade âgé de 44 ans qui peut à volonté *déterminer une exophtalmie de l'œil gauche*, soit en faisant effort, soit en se baissant. On obtient le même effet par la compression des jugulaires, ce qui démontre le rôle joué par la congestion nerveuse dans le phénomène. L'acuité visuelle de l'œil est normale.

M. Raphaël DUBOIS (de Lyon) présente une série de communications : 1° sur le *Photobacterium sarcophilum.* C'est le microbe qui détermine la phosphorescence des viandes de boucherie avancées. Les cultures de ce microbe faites dans l'obscurité sont phosphorescentes. Elles cessent de l'être quand elles sont faites à la lumière ; mais on peut les rendre à nouveau phosphorescentes par un séjour dans l'obscurité. — 2° Sur l'*influence thermique du système nerveux central.* Chez les animaux hibernants l'excitation des nerfs sensitifs amène en hiver une élévation plus ou moins rapide de température et le réveil de l'animal. Exemple : la marmotte. Si l'on cherche quel est le point de la moelle épinière qui est le siège du réflexe mis en évidence par cette expérience, on trouve, par des sections et des mutilations éliminatoires, que seule la destruction de l'écorce grise, du manteau, des hémisphères, empêche le réflexe d'avoir lieu. L'écorce serait donc le véritable centre thermique. — 3° Sur la *peste des Ecrevisses.*

On sait que les écrevisses ont à peu près disparu des rivières de l'Est, à la suite d'une maladie indéterminée. A la suite de recherches faites dans le département de l'Ain, M. R. Dubois a constaté l'existence dans le tube digestif des animaux malades des corps allongés et réfringents qu'il a d'abord pris pour des Sporozoaires. Mais, au laboratoire de M. Balbiani, MM. Henneguy et Thélohan furent d'avis qu'il s'agissait d'une levure qui d'ailleurs ne se cultive encore dans aucun milieu. Pourtant, après des expériences variées, M. Dubois pense que la maladie se transmet par le Gardon, qui est très fréquemment porteur de sporozoaires.

M. Henneguy a trouvé une levure comparable dans un crabe.

M. Giard a observé chez un crustacé marin, pouvant s'accommoder à l'eau douce, le Thalitre, une autre levure parasite.

M. Laborde présente un lapin qui présente spontanément, sans expérience, les signes d'une *lésion d'un pédoncule cérébral*, c'est-à-dire un mouvement de rotation de droite à gauche autour de son train de derrière. Le diagnostic sera vérifié à l'autopsie.

M. Neumann adresse une note sur un *Acarien du fourrage*, l'*Elaps stabularis*, qui n'est pas parasite de l'homme habituellement, et qui, dans l'observation rapportée, s'était fixé sur la figure d'une femme, déterminant des troubles réflexes sérieux.

M. Piétrowski *a constaté, en soumettant des nerfs isolés à des vapeurs d'alcool, que leur excitabilité électrique était à peu près abolie.*

MM. Chauveau et Kaufmann communiquent un travail sur la *glycérine dans le diabète expérimental.* (Voir Académie des sciences du 6 février.) A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 février 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

L'épidémie de choléra de l'Asile de Bonneval.

M. Brouardel montre que l'origine de cette épidémie a été, non comme à l'ordinaire (épidémies de la banlieue de Paris, de Marseille, de Lorient), l'eau, mais bien le contact direct. Les mesures prophylactiques prises dès le début ont eu l'efficacité la plus complète. Aussi ne saurait-on attacher trop d'importance à agir dès les premiers cas d'une épidémie, même quand ces cas sont simplement suspects.

Les sels doubles de quinine.

M. Laborde, en son nom et au nom de M. Grimaux, étudie les sels doubles de quinine, en particulier le chlorhydrosulfate. Ce sel est facile à administrer en injections sous-cutanées, celles-ci n'étant pas douloureuses. Les expériences faites au Val-de-Grâce, par M. Laveran, ont montré qu'à doses égales il était au moins aussi efficace que le sulfate de quinine. Des résultats analogues ont été obtenus dans la contrée marécageuse des environs des Sables-d'Olonne (1).

Obstruction intestinale par calcul biliaire arrêté dans l'intestin.

M. Terrillon a pratiqué, chez un malade de 46 ans, ayant eu autrefois des coliques hépatiques, la laparotomie cinq jours après le début d'une occlusion intestinale. Dans la fin de l'intestin grêle on trouva une tumeur ; celle-ci fut attirée au dehors et une ponction à la seringue de Pravaz y démontra la présence d'un corps solide. L'incision longitudinale de l'intestin permit d'extraire un calcul biliaire de cinq centimètres de long, de neuf centimètres de circonférence. L'incision fut refermée par trois plans de sutures à la soie fine. Guérison sans incident. Pas de rétrécissement ultérieur. Sur 22 opérations analogues connues, 7 seulement ont été suivies de guérison (2). Une partie des décès est due à la péritonite postopératoire. Mais une plus grande partie encore est due au retard apporté à l'intervention, faite quand les malades sont arrivés aux dernières limites de l'épuisement. Il faut donc, en présence des succès obtenus, conseiller l'intervention très précoce.

Traitement des tumeurs de la veine.

M. Bazy montre que toute tumeur vésicale peut être opérée ; les tumeurs qui déterminent des douleurs intenses, des mictions très fréquentes, des hématuries, de la rétention d'urine doivent être opérées. L'opération est soit curative, soit simplement palliative. L'établissement d'un méat artificiel, analogue à l'anus contre nature dans le cancer du rectum, a été indiqué pour la première fois par M. Bazy. La voie hypogastrique, qu'il a préconisée contrairement à la voie périnéale recommandée par Thompson, est aujourd'hui adoptée généralement. M. Bazy a fait quinze opérations chez des malades âgés de 32 à 75 ans. Chez ce dernier malade, il s'est contenté de curetter par les voies naturelles de très grosses villosités constatées au cours d'une opération de lithotritie. Un très grand nombre furent arrachées et amenées au dehors. Les hématuries cessèrent complètement. Les quatorze autres malades ont subi la taille hypogastrique. Pour l'excision de la tumeur, le meilleur moyen est le bistouri. On peut porter le bistouri sur tous les points de la paroi vésicale, même au voisinage de l'uretère. Pour aborder la tumeur, la section d'un ou des deux muscles droits doit suffire. Mais il lui paraît inutile et dangereux de toucher à la paroi osseuse du bassin. Après l'ablation de la tumeur on doit suturer les bords de la perte de substance, mais parfois on devra se contenter d'une suture incomplète, pour ne pas prolonger l'opération outre mesure. On devra parfois laisser des pinces à demeure ou faire le tamponnement de la vessie. La suture de la vessie est un excellent complément de l'opération. Qu'on fasse ou non cette suture, on peut aujourd'hui se dispenser sans danger de l'emploi des tubes-siphons. Si ces tubes, inventés par M. Périer, ont seuls rendu possibles les premières tailles hypogastriques, l'opération est aujourd'hui suffisamment réglée pour qu'on puisse renoncer à leur emploi.

M. Gaube (du Gers) fait une communication sur un *essai de classification biochimique des matières albuminoïdes.*

Elections. — L'élection de deux membres dans la deuxième division des correspondants étrangers donne les résultats suivants: 1re élection, M. Mac Cormac (de Londres), 48 voix sur 57 votants (élu) ; 2e élection, M. Tilanus (d'Amsterdam), 33 voix sur 49 votants (élu). M. Durante (de Rome) obtient 11 voix, M. Ermarch (de Kiel), 2 voix.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 février. — Présidence de M. Fernet.

M. Marinesco présente à la Société des épreuves et clichés de microphotographies qui démontrent que les résultats obtenus sont supérieurs à ceux des meilleurs dessins, car la photographie fixe des détails qui échappent à l'œil du dessinateur le plus attentif.

M. Raymond présente un malade atteint d'*anesthésies* très intéressantes au point de vue physiologique et mental. Il est atteint d'un rétrécissement du champ visuel à 40° et de dischromatopsie pour le vert et le violet. Les phénomènes qu'il présente sont survenus à la suite d'une attaque qui le prit subitement dans la rue. Les réflexes musculaires, rotulien, crémastérien sont conservés, les réflexes cutanés sont disparus. Il est atteint d'une perte complète du sens musculaire, aussi ne peut-il marcher qu'en regardant ses pieds ; les yeux fermés il ne peut exécuter aucun mouvement. Il n'a pas d'incoordination motrice et peut toucher sans hésitation son oreille avec son doigt s'il la voit par réfraction dans une glace. Il y a chez lui une sorte de suppléance entre le sens de la vue et celui de l'ouïe ; si on le fait compter à haute voix et que pendant qu'il compte on lui bouche les oreilles, il continue à compter

(1) Nous reviendrons sous peu sur ce sujet (*N. d. l. R.*).

(2) Voir *Arch. Prov. de Chirurgie*, n° 2, août 1892, où M. M. Baudouin a défendu les mêmes opinions.

mentalement, mais sans prononcer les nombres. Quand il a les yeux fermés il se renseigne pour marcher par le bruit de ses pas, mais sur un tapis il ne peut avancer. Il peut écrire au tableau son nom quand il entend marcher le crayon, mais si on lui bouche les oreilles, il ne trace plus que des traits sans signification. Quand on lui ferme les yeux et les oreilles, il tombe immédiatement dans un sommeil profond pendant lequel on peut lui donner des hallucinations dont il conserve le souvenir au réveil. Ce sommeil n'a aucun des caractères du sommeil hypnotique, avec lequel il faudrait bien se garder de le confondre. Pour le réveiller il suffit de lui débander les yeux ou de déboucher ses oreilles et de l'appeler par son nom. Son réveil est semblable à celui du sommeil normal, il se fait petit à petit. Si on lui fait sentir quelque odeur à l'état de veille, il ne sent rien. Si on fait de même pendant qu'il est endormi et qu'on lui commande de garder le souvenir de l'odeur, il raconte à son réveil qu'il a rêvé avoir senti cette odeur. On comprend à quel point un tel rétrécissement des sensations peut altérer la conscience et la personnalité de l'individu. Il semble donc que ce malade est très intéressant au point de vue médico-psychologique et psychosensoriel. Il ne sent rien et cependant les sensations sont enregistrées, puisqu'il se souvient au réveil de celles qu'on lui a fait éprouver pendant son sommeil.

M. Sevestre montre un malade de 9 ans 1/2, très bien portant jusqu'à l'âge de 6 ans; il fut pris, au mois d'octobre 1889, d'une faiblesse qui alla en augmentant à tel point qu'on était obligé de le porter. Quelques douleurs dans les genoux et quelques glandes tuméfiées firent penser au rhumatisme et à l'anémie; ces diagnostics ne furent pas vérifiés. Bientôt survint une sensation de chaleur exagérée, puis, au bout de huit ou dix mois, de l'amaigrissement et une atrophie très marquée en 1890. A ce moment, gonflement des articulations; sur certains points de la peau il se forme des enfoncements ayant l'apparence de cicatrices; des ampoules pemphigoïdes se montrent à l'extrémité des doigts. Actuellement le malade présente une atrophie extrêmement prononcée des muscles des membres supérieurs. Tuméfaction du poignet et des extrémités des phalanges. Aux membres inférieurs, atrophie moins prononcée, mouvements plus faciles. Il y a rétraction musculaire en arrière; en certains points, des masses qui semblent scléreuses. Il y a chez ce malade deux phénomènes importants à relever : d'abord, ces nodules scléreux au milieu des masses musculaires, puis les nerfs des bras qui présentent, des deux côtés, des renflements fusiformes très marqués, surtout au niveau du médian. On retrouve le même aspect, les mêmes nodules au niveau des nerfs sous-cutanés de la cuisse et de la jambe. La peau présente, en ces régions, des dépressions avec adhérences vers les parties profondes, comme si elle était tirée par des faisceaux scléreux. A la partie inférieure de la fesse, en dedans du grand trochanter, existe une dépression profonde, en coup de hache; en quelques points, au niveau des parties adhérentes, la peau est peu décolorée; la sensibilité est conservée et il y a même plutôt un peu d'hyperesthésie. S'agit-il malgré cela d'un cas de lèpre ou de rhumatisme chronique? C'est sur quoi il est difficile de se prononcer.

M. Brocq. — Le manque d'anesthésie ne peut permettre d'admettre le diagnostic de lèpre.

M. Raymond. — On voit souvent, à la suite de lésions des articulations, des atrophies musculaires et des brides fibreuses analogues à celles que présente ce petit malade. On peut se demander s'il ne s'agit pas, dans ce cas d'amyotrophie réflexe.

M. Sevestre. — Mais, d'après les renseignements donnés par le père, l'amaigrissement a précédé les lésions articulaires.

M. Marie, plus affirmatif que M. Raymond, croit qu'on doit rechercher la cause de l'émaciation dans le [illegible] des lésions articulaires. La déformation du poignet s'explique par les lésions des muscles de l'avant-bras. Les muscles fessiers subissent l'émaciation dans les arthropathies de la hanche. Les muscles cervicaux sont pris parce que les articulations vertébrales sont intéressées. Pour ce qui est des nerfs, on ne peut expliquer leurs altérations. Dans les amyotrophies il y a exagération des réflexes.

M. Rendu. — Pourquoi ne pas admettre le début de cette affection par les nerfs? En dehors de la lèpre je ne connais pas de maladie où se produisent des nodosités sur les nerfs. J'ai vu un très grand nombre d'atrophies d'origine saturnine et autres, dans aucun cas il n'y avait, sur les nerfs, de nodosités moniliformes. Il faut donc garder de très grandes réserves avant d'admettre tout à fait l'hypothèse de lèpre posée par M. Sevestre. On peut aussi penser à la tuberculose, car, chez un malade analogue présenté par M. Sevestre, l'autopsie montra qu'il s'agissait de cette affection.

M. Sevestre. — Les symptômes présentés par ce malade ne sont point comparables. L'amyotrophie a été le phénomène initial puis il y a eu gonflement des articulations vésicules pemphigoïdes de l'extrémité des doigts. En dehors de la lèpre je ne vois rien qui puisse expliquer cet état.

M. Marie. — L'état moniliforme des nerfs est indéniable, mais il manque les troubles de la sensibilité. Chez ce malade, les muscles de l'éminence thénar et hypothénar ont résisté, il ne s'agit donc pas de névrite périphérique.

M. Thibierge fait observer que la sensation que donne le palper des nerfs du malade n'est pas celle des nerfs des lépreux. On trouve là plutôt la sensation de ganglions.

M. Sevestre. — C'est la première impression que cela fait, mais on s'aperçoit ensuite que ces masses font corps avec les nerfs.

M. Rendu. — *Période de contagion des oreillons.* — La date précise où se fait la contagion n'a pas été nettement établie jusqu'ici. On s'accorde à regarder la période de contagiosité comme assez longue, environ 3 semaines. Deux cas observés permettent de fixer le moment auquel la maladie est transmissible. Dans le premier, il s'agit d'une dame chez laquelle les oreillons avaient débuté sans cause apparente; cette dame a deux enfants, l'un de 3 ans, l'autre de 7 mois. Elle était allée voir, le 2 janvier, une de ses cousines qui était souffrante et qui, le 3 janvier, avait des oreillons. Au moment de la visite, on ne pouvait donc ni prévoir, ni éviter la contagion. La 2[e] observation est comparable; il s'agit d'un enfant atteint d'oreillons; le 25 janvier il présentait de la courbature, le 28 la tuméfaction ne laissait pas de doutes sur l'existence des oreillons. Or il n'avait vu, depuis le 25 janvier, aucun de ses camarades, mais, le jeudi 12 janvier, il avait vu un enfant chez lequel, le 13, les oreillons se déclaraient. On ne sait si les choses se passent toujours ainsi. Mais cela prouve que la contagion peut se faire alors que les signes de la maladie ne sont point apparus, que le germe-contage se transmet probablement pendant les 48 premières heures, et que sa puissance d'expansion va ensuite en décroissant. L'Académie de médecine a fixé à un mois la durée de temps pendant laquelle les élèves des collèges atteints d'oreillons devaient être tenus éloignés de leurs condisciples. Mais, par le fait, cette précaution ne sert à rien, puisque c'est dans les 24 ou 48 premières heures que le malade peut contaminer ses camarades. Il peut donc rentrer avant une période de 20 jours et le règlement est à reviser dans ce sens.

M. Sevestre a observé des cas analogues, dont un bien certain. Un médecin allait voir un enfant atteint des oreillons, 3 semaines après les filles du médecin les avaient aussi. Je crois que les oreillons sont contagieux avant que la tuméfaction se soit produite et que la durée de l'incubation peut être de 20 à 22 jours. Il faudrait aussi réformer le règlement relatif à la rougeole. En reprenant, au collège, les enfants dès qu'ils sont guéris, jamais d'accidents.

M. Comby cite le cas d'une jeune fille qui, portant le germe des oreillons non déclarés, dans une soirée, contamina 7 ou 8 de ses danseurs.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 février 1893. — Présidence de M. Périer.

M. Reynier fait une communication sur une *ablation totale de l'uretère après néphrectomie pour pyélonéphrite.* Chez un homme de 20 ans ayant eu une fièvre typhoïde, M. Reynier dut faire une néphrectomie pour une pyéloné-

phrite. Il établit un drainage, mais il se forma une fistule uretérale vers avril 1892. Le 17 mai de la même année, la fistule suppurait en abondance, malgré des lavages boriqués répétés, et de temps en temps le pus passait par la vessie. Un examen cystoscopique, pratiqué pour constater si l'uretère était perméable, montra que quelques gouttes de pus suintaient par l'extrémité vésicale du côté malade. On put même faire cette fois le cathétérisme de l'uretère. Dans le mois de juin, M. Reynier tenta de faire l'ablation de l'uretère par la voie lombaire. Il décolla l'uretère sur une étendue de 15 cm.; mais le bout pelvien se déchira et s'enfonça profondément dans le petit bassin. M. Reynier, croyant inutile de poursuivre sa recherche, draina la plaie. Aucunes suites fâcheuses. Il se forma une fistule purulente. Bientôt M. Reynier tenta d'extraire l'extrémité pelvienne de l'uretère par une nouvelle opération. Il fit une incision pararectale (incision de Roux pour l'ablation des vésicules séminales), rencontra le fond de la vessie, mais ne put arriver à découvrir l'uretère suppurant au milieu du tissu adipeux de la région. L'opération n'eut pas, cette fois encore, de suites fâcheuses. Mais les urines restèrent purulentes ; la fièvre continua de même que les douleurs. L'état général était bon ; de temps en temps, les urines étaient claires : ce qui prouvait l'intégrité de l'autre rein. M. Reynier se résolut alors à extirper la poche purulente uretérale par la voie sus-pubienne, après avoir essayé, mais en vain cette fois, de cathétériser l'uretère au cours d'une nouvelle cystoscopie. Le 14 novembre, après avoir dilaté le rectum à l'aide d'un ballon de Petersen, il incisa dans la région du canal inguinal, décolla le péritoine pelvien en avant des vaisseaux iliaques et trouva enfin 12 cm. d'un uretère dilaté accolé, à la face profonde du péritoine disséqué. Il put extraire la poche purulente et la sectionner, tout près de la vessie, à un endroit où l'uretère avait des dimensions normales. Il fixa ce bout d'uretère à la partie interne de l'incision et draina ; les suites furent très simples. Dès le lendemain, il n'y avait plus de pus dans les urines ; la plaie cessa de suppurer dès que le fil placé sur l'uretère fut tombé. Le malade est aujourd'hui complètement guéri.

Jusqu'à présent, les interventions chirurgicales ayant porté sur l'uretère sont rares. On n'est guère intervenu, d'ailleurs, que pour extraire des calculs arrêtés dans ce canal. La première opération paraît remonter à 1885 (extraction d'un calcul de la partie moyenne avec suture de l'uretère et mort par péritonite). Cecci a incisé deux fois l'uretère par le rectum avec succès. M. Reynier pense être le premier à avoir fait l'uretérectomie par la voie sus-pubienne. Cette opération nouvelle trouvera assez souvent son application, car souvent, après la néphrectomie, il persiste des fistules intarissables. Dans ces cas, l'uretère est malade et il faut faire une uretérectomie secondaire. M. Reynier, en terminant, montre la poche uretérale qu'il a enlevée.

M. Lucas-Championnière. — L'opération de M. Reynier est très logique, mais il ne faudrait pas dire que les fistules uretérales primitives sont fréquentes après les néphrectomies pour pyélonéphrite. C'est même le contraire qui est la règle. Le cas de M. Reynier est certainement exceptionnel. Mais il est juste de dire qu'il peut se développer par infection de la plaie lors de la néphrectomie des fistules qui suppurent longtemps.

M. Reynier. — Dans un certain nombre de cas on enlève des reins dont l'uretère est dilaté, surtout quand il s'agit de tuberculose rénale ; et il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'une fistule persistât dans ces cas.

M. Terrier. — Ces fistules d'emblée, sans infection opératoire, ne sont pas fréquentes, même quand il s'agit de tuberculose. Pour les éviter, il faut disséquer l'uretère — sans le rompre, bien entendu — et le fixer à la plaie de la néphrectomie. Dans le cas de M. Reynier, il s'agissait d'une lésion toute particulière. Aussi l'opération qu'il a imaginée restera-t-elle exceptionnelle.

M. Walther lit une intéressante observation de *rein douloureux mobile*; la malade a subi deux fois la néphropexie et a présenté ultérieurement une coudure du rein et une antéflexion très marquée de cet organe.

Un petit point de l'histoire de l'endométrite cervicale glandulaire.

M. Bouilly. — L'endométrite cervicale glandulaire fait le désespoir des gynécologistes. Lorsqu'elle survient chez les *nullipares, à col non déchiré*, elle constitue une variété clinique très spéciale aux jeunes femmes. Le col est presque toujours rétréci ; dans quelques cas, l'orifice est petit congénitalement ou par suite de cautérisations intempestives antérieures ; et l'étroitesse de cet orifice joue un certain rôle dans la maladie (rétention des sécrétions). La cavité cervicale prend alors la forme d'un barillet. La caractéristique de l'affection, c'est un *écoulement de mucus très épais*. Dans bon nombre de cas ces femmes sont *stériles*. Parfois elles éprouvent de la gêne et de la lourdeur abdominale. La menstruation n'est pas modifiée et il n'y a pas d'écoulement de sang, à moins de métrite du corps concomitante ou de lésions des annexes. Ces femmes viennent exclusivement consulter le gynécologiste parce qu'elles se sentent *mouillées* de temps en temps, ou parce qu'elles ne peuvent pas avoir d'enfants. Quelquefois des accès aigus se greffent sur cet état chronique.

D'une façon générale, cette affection est rebelle à tous les traitements médicaux, quels qu'ils soient. Le curetage n'en vient même pas à bout ; pour avoir un résultat quelconque, il faut au moins faire le *hersage de la muqueuse du col*. L'opération de Schrœder est une opération relativement importante pour une lésion aussi bénigne. Aussi M. Bouilly a-t-il songé à avoir recours à un autre mode de traitement chirurgical.

Comme il importe surtout d'enlever le plus possible de ces glandes du col qui constituent la seule partie malade, ce chirurgien a eu l'idée, après avoir largement dilaté le col avec des laminaires et l'avoir étalé avec des pinces tire-balles, de réséquer sur chaque lèvre une portion de muqueuse, en forme de deux gouttières à concavités se regardant. On doit laisser entre ces deux gouttières une portion de muqueuse en place, pour permettre à l'épithélium de se régénérer et empêcher la sténose cicatricielle de l'orifice utérin. M. Bouilly a fait 40 fois cette petite opération et s'en est toujours très bien trouvé. 2 femmes, restées stériles pendant 7 et 9 ans, sont devenues ensuite enceintes. La seule complication qui peut se produire après l'opération est une petite hémorrhagie, surtout au niveau de la lèvre inférieure. Aussi, est-il prudent, après l'ablation des portions de muqueuse qu'on fera avec un bistouri long, de faire un léger tamponnement du col.

M. Pozzi. — La forme du col chez ces femmes semble correspondre à un certain *état infantile*. Ce n'est pas toujours l'atrésie du col qui est la cause de la stérilité, mais l'engouement muqueux concomitant. Pour cette affection, M. Pozzi pratique des débridements latéraux du col.

M. Reynier pense que M. Bouilly aurait dû établir deux catégories dans les malades auxquelles il a fait allusion : les femmes jeunes, qui ont souvent, en même temps, des végétations adénoïdes, sont entachées de lymphatisme, d'hérédité ou de nervosisme ; et les femmes âgées ayant eu un ou plusieurs enfants. La dilatation prolongée du col donne de bons résultats, car souvent il y a de la contracture du col et du vaginisme.

M. Terrier. — Cette endométrite est le résultat d'une inoculation, et il y a des microbes jusque dans le tissu utérin.

M. Reynier. — L'inoculation, certes, joue un rôle ; mais il ne faut pas négliger l'état général.

M. Bouilly. — Je me propose de faire faire des examens histologiques et bactériologiques des portions de muqueuse enlevées.

M. Reynier présente un *kyste dermoïde de l'ovaire* qu'il a opéré.

M. Ch. Anger montre un *fibrome ayant subi la dégénérescence calcaire.*

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 9 février. — Présidence de M. de Beauvais.

Climatologie de la France au point de vue des Sanatoria.

M. Dignat appelle l'attention sur le danger qu'il pourrait y avoir à vulgariser l'envoi de malades dans des maisons encore

mal étudiées, surtout si l'on considère, comme justiciables de ces moyens hygiéniques de traitement, les convalescents ou les lymphatiques et tous les débilités. Il pourrait y avoir lieu d'observer l'infection des gens sains ou seulement affaiblis que des malades atteints ou relevant de maladies infectieuses.

M. Petit. — La question de climatologie est une question secondaire dans le traitement par moyens hygiéniques. En effet, ce qu'il importe de bien établir, c'est que les maladies chroniques, la tuberculose surtout, ne pourront être traitées que si le malade comprend la nécessité de se soumettre à une hygiène sévère et surtout disciplinée. C'est pourquoi le *sanatorium* s'impose, et il est reconnu que l'endroit où on l'établit importe peu le plus souvent. En effet, il sera toujours préférable de mettre un tuberculeux dans un établissement bien dirigé, à Paris même, que de l'envoyer au hasard dans un établissement médiocre, fût-il dans le meilleur climat du monde.

M. Reynier. — C'est là, il me semble, une façon d'apprécier les avantages réciproques du climat et des *sanatoria* au moins paradoxale. En effet, que cherche-t-on dans la cure d'un sanatorium? L'hygiène stricte au grand air. Or il est évident que la vie au grand air ne pourra se faire avantageusement, surtout durant l'hiver, que dans un pays où le climat sera doux et sec. Je ne vois donc pas bien comment on installerait un *sanatorium* à Paris autrement que comme un pis aller, et je ne crois pas qu'il soit possible, comme le voudrait M. Petit, de séparer absolument la question des *sanatoria* de la question climat.

M. Monnier rapporte une observation de *kyste colloïde de la petite lèvre* opéré avec succès.

M. Puy le Blanc fait une communication sur une *éruption vésiculeuse des deux mains provoquée par l'usage des gants rouges dits peau de chien.*

Dans les premiers jours d'août 1892 se présente à moi R..., ancien commerçant, âgé de 72 ans, qui vient me consulter sur une éruption siégeant sur la face dorsale des deux mains, qui lui est survenue pendant la nuit. Les deux mains sont en effet recouvertes d'une éruption confluente formée de nombreuses vésicules variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de blé; l'éruption occupe la face dorsale des deux mains et des deux poignets, où elle forme un véritable bracelet de la largeur d'un centimètre environ. Les doigts, les espaces interdigitaux, la face palmaire de la main et des doigts sont indemnes. Dans certains points, surtout à la face externe des deux mains, les vésicules, par leur confluence, forment de véritables cloques, le liquide qui s'en échappe est incolore. Je songeai d'abord à de la dysidrose; mais le siège de l'éruption, l'indemnité absolue de la paume de la main et des espaces interdigitaux, lieux d'élection de cette affection, me fit vite rejeter cette hypothèse. Le malade interrogé à l'effet de savoir s'il n'avait dans ces derniers jours manié aucune substance irritante ou fait usage d'une pommade arséniale, l'éruption ressemblant beaucoup à celle produite par l'arsénic, m'affirma n'avoir manié aucune pommade ou poudre ayant pu produire l'affection que j'avais sous les yeux. Persuadé cependant que j'étais en présence d'une éruption de cause externe, je poursuivis mes recherches et finis par apprendre que M. R..., qui avait la veille fait le voyage de Paris à Royat par une température de 32 degrés, était resté pendant huit heures consécutives les mains recouvertes de gants rouges dits peau de chien, et que peut-être c'était ces gants, qu'il n'avait pas portés depuis longtemps, qui avaient déterminé l'éruption dont il souffrait; que du reste, ressentant déjà des démangeaisons en arrivant à la gare, il avait jeté ses gants par la portière. Trouvant là une indication précieuse, j'ai recherché à l'aide de quelle substance était obtenue la couleur rouge cuir de Russie de ces gants, et j'ai appris d'un de mes amis, chimiste distingué, collaborateur d'une grande maison de produits chimiques de Lyon, auquel j'ai présenté des gants absolument semblables à ceux de M. R..., que ces gants avaient dû être teints avec une substance provenant de son usine et livrée au commerce sous le nom d'aurantia.

L'Aurentia est un hexanitrodiphénylamine; il s'obtient en faisant réagir l'acide nitrique sur la diphénylamine; il donne une nuance jaune très orangé, et pour avoir la couleur rouge on y ajoute un peu de fuschine.

D'après M. D.., l'aurentia aurait causé des accidents de vésication sur la peau des mains et de la face des ouvriers employés à la teinture; ces accidents ont été soignés à l'hôpital de Bâle, mais la cause n'en a pas été déterminée. « Nous avons, a ajouté M. D..., retiré ce produit de la vente mais il en reste une certaine quantité dans le commerce, et je sais que certains teinturiers en font encore usage malgré ces inconvénients, qui du reste ne sont pas constants, car j'ai moi-même étendu cette matière colorante sur mon avant-bras, et je n'ai eu aucune éruption, tandis qu'un de mes collègues, qui avait fait la même expérience, a eu une éruption considérable. » Ce serait donc bien l'aurantia qui aurait produit chez mon malade les accidents que je vous ai fait connaître; la fuschine entre dans la teinte pour une si petite part qu'elle ne saurait être incriminée, et encore moins l'arsénic qu'elle pourrait contenir, la quantité absorbée par une paire de gants étant infinitésimale.

Voici, pour moi, comment l'accident à dû se produire: il faisait au moment du voyage de M. R... une chaleur torride, le malade a été pendant tout le trajet en proie à une diaphorèse abondante; ses gants étaient trempés et c'est à cause de cela qu'il les a rejetés comme inserviables.

La sueur pénétrant la peau a pu atteindre la couche de teinture, bien qu'elle fut extérieure; par endosmose l'épiderme du dos des mains, plus directement en contact et moins épais que celui de la paume, a été mis en contact avec la matière tinctoriale; par suite de ce contact prolongé, l'épiderme a été pénétré, le derme atteint et l'éruption s'est produite comme elle s'était produite sur la face des ouvriers teinturiers exposés aux vapeurs s'échappant des chaudières. Quant à l'éruption en bracelet du poignet, elle a eu lieu tout simplement par suite du contact immédiat sur l'épiderme de la peau teinte repliée en dedans pour former la bordure du gant. Le traitement a été des plus simples: des manilures à l'eau boriquée et une pommade à l'oxyde de zinc ont suffi pour amener une prompte guérison. Je n'ai trouvé nulle part signalé ce fait d'une éruption violente causée par des gants teints en rouge. M. le Dr Barthélemy a décrit une éruption causée par des chaussettes rouges se rapprochant beaucoup de celle que j'ai observée; la fuschine fut alors incriminée; on a signalé des éruptions causées par l'acide picrique et les picrates. Les ouvriers qui pèlent les oranges pour en faire des liqueurs ont été aussi quelquefois atteints d'éruption se rapprochant de celle que j'ai observée; enfin, tout le monde connaît la gale des épiciers, l'eczéma des plâtriers, des tailleurs de marbre, etc.; la plupart des corps de métiers ont leur dermite qui ne se manifeste généralement que chez les individus prédisposés. Celle que je viens de vous faire connaître a dû être causée par l'acide picrique que contient l'aurantia et peut-être aussi étant la couleur orange du produit par un principe non encore isolé existant dans la peau de l'orange et lui donnant sa belle couleur d'or.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 16 février 1893. — Présidence de M. Lallier

M. Jacquet complète l'observation du *lichen plan traité par les douches chaudes*, dont le sujet, M. le Dr Page, s'est présenté lui-même à une séance précédente. M. Jacquet insiste sur la nécessité d'administrer dans les cas intenses une douche biquotidienne. Pour la température, on doit s'en rapporter au goût du malade, à la température qui lui est agréable et qui le soulage le mieux.

M. E. Besnier relève quelques points de cette observation, notamment l'absence d'antécédents nerveux et de toute commotion morale. De ce qui concerne la localisation du lichen sur les muqueuses, il a noté ce fait que ce n'est pas le prurit qui appelle l'attention sur ces localisations: on les découvre parce que le médecin les recherche. M. Besnier a assez souvent déjà observé le lichen chez des médecins et en général avec le cor-

tège de troubles psychiques signalés dans l'observation précédente.

M. Sabouraud complète les recherches sur la *tricophytie cutanée* dont il a déjà entretenu la Société. Tandis que les cultures du Tricophyton microsporon se présentent toujours sous le même aspect, dans le T. macrosporon l'auteur a observé de réelles diférences dans leurs cultures. Or, ainsi qu'il le prévoyait, ces différences répondent à des espèces diverses du parasite. C'est ainsi que dans le T. à grosses spores, il a pu isoler 19 espèces. Il en est qui sont d'origine animale, tricophytie du cheval, du chat, du porc ; le chien en a deux qui peuvent se rencontrer chez l'homme, et à cette différenciation des espèces répond bien une différenciation des cultures. A ces espèces différentes répondent aussi des caractères cliniques différents. C'est ainsi que l'auteur connaît déjà quatre types de lésions circinées pour lesquelles il peut affirmer les caractères de culture du parasite sur le seul vu de la lésion. Le tricophyton du cheval, par exemple, donne lieu au kérion celsi, et sur la peau aux folliculites agminées ; le tricophyton du chat détermine une lésion dysidrosiforme avec la forme circinée. La plus grande partie des tricophyties du cuir chevelu sont d'origine humaine, tandis que les tricophyties cutanées sont surtout de provenance animale. Ces faits montrent en outre que les différences cliniques que l'on observe sont dues à des différences d'origine.

Les recherches de M. Sabouraud ont aussi leur importance au point de vue thérapeutique. L'auteur a remarqué que certains microbes avaient *in vitro* une action d'arrêt sur le développement du T. Ainsi les staphylocoques empêchent une culture de T. de s'accroître. Or, dans une tricophytie non traitée, on trouve toujours le T. de la racine du cheveu à l'état de culture pure, tandis que, lorsque cette teigne est en voie de guérison, il y a coexistence d'autres microbes. Dès lors ne peut-on pas se demander si les topiques préconisés dans le traitement de la teigne tondante n'agissent pas plutôt par l'irritation qu'ils provoquent qu'en tant qu'antiseptiques? La clinique montre, en effet, que lorsqu'une dermite survient dans le traitement de la teigne, la durée de la maladie est abrégée. Il y a donc lieu de rapprocher le fait expérimental et le fait clinique : il est probable que la guérison de la teigne résulte de cette concurrence vitale ; qu'elle ne relève pas directement d'une médication antiseptique, mais bien de l'inflammation et de l'infection substitutives que celle-ci provoquo par traumatisme.

M. Hallopeau présente une malade atteinte d'une *tuméfaction œdémateuse généralisée, résistant au doigt, du tégument externe*; elle persiste depuis 18 mois; elle diffère du myxœdème par l'absence de l'état crétinoïde et des troubles locomoteurs : elle peut être rattachée à des poussées successives d'urticaire.

MM. Hallopeau et Jeanselme communiquent un cas de *lipomes multiples* remarquables par leur développement rapide et simultané, ainsi que par leur localisation simulant des tumeurs parotidienne et thyroïdienne ; une biopsie a permis d'arriver au diagnostic.

M. Mathieu. — Dans ces lipomes symétriques qui se rencontrent surtout chez des arthritiques, j'ai pu observer des lésions qui montrent bien qu'il s'agit d'une angionévrose : siège correspondant au trajet des nerfs sciatiques, coexistence du purpura, d'œdème, etc.

M. Cathelineau fait une communication sur trois cas d'*éruptions iodoformiques*. Dans le premier cas, il s'agissait d'un ulcère variqueux qui est saupoudré d'iodoforme. Une heure après, large placard érythémateux, prurigineux au niveau de l'ulcère. En différents points, taches rosées lenticulaires également prurigineuses, puis l'éruption se généralise occupant le tronc, le thorax, le dos, les avant-bras, mais les muqueuses sont respectées. Dans la deuxième observation, il s'agit de chancres mous qui sont pansés à l'iodoforme. Une demi-heure après, prurit de la verge et du scrotum suivi d'éruption érythémateuse sur ces parties, puis envahissant les cuisses et le bas-ventre. Dans la troisième observation, il s'agissait d'un bubon pansé à la gaze iodoformée ; 48 heures après, prurit au niveau du pansement, puis placard érythémateux au niveau de l'aine qui s'étend aux parties voisines. Ces éruptions sont dues à une intoxication iodoformique provoquée par la rétention de l'iode dans l'organisme sous forme de combinaison organique. Il s'agit non seulement d'une combinaison organique, mais encore d'une non élimination.

M. Brocq lit, au nom de M. Juhel-Renoy, une observation de *dermatite exfoliatrice*. La malade avait été envoyée à l'hôpital d'Aubervilliers avec le diagnostic de scarlatine, qu'on n'eut pas de peine à reconnaître erroné. Après une amélioration telle que la malade semblait guérie, elle mourut en quelques heures dans le coma, qu'avait précédé une période d'agitation. A l'autopsie, on ne trouva d'autre lésion qu'une augmentation du volume de la rate.

M. E. Besnier se demande si les accidents qui ont emporté cette malade n'étaient pas de nature urémique. Dans ces dermatites exfoliatrices, l'hypourée est la règle, et M. Besnier observe actuellement un cas de ce genre.

M. Fournier. — Cette femme était enceinte. Sait-on si elle ne prenait pas de mercure ? L'observation présente en effet les plus grandes analogies avec les faits d'hydrargyrie cutanée que nous étudions depuis quelques années.

M. E. Vidal. — Je pense qu'il s'agit ici bien plutôt d'un de ces cas de dermatite scarlitiniforme généralisée que d'une véritable dermatite exfoliatrice. Sa pathogénie pourrait fort bien être une auto-intoxication gravidique.

M. Galezowski fait une communication sur la *localisation de la syphylis sur le cercle ciliaire de la choroïde.*

Paul Raymond.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

I. — **Technique bactériologique** ; par le Dr Wurtz. — Paris, Masson, éditeur, 1892.

II. — **Essai sur la part des Ecoles vétérinaires françaises dans les progrès de la médecine générale**; par le Dr Vignardon. — Paris, F. Alcan, éditeur, 1892.

III. — **Hemopligia uremica**; par le Dr Roberto.

IV. — **Bacillus fluorescens liquefaciens**; par Lydie Olitzky-Chaltin. — Dissertation inaugurale. Berne, 1891.

V. — **Apparutors for collecting water for bacteriological examination**; par le Dr Dixon. — Philadelphia, 1891.

VI. — **On the collection of samples of water for bacteriological analysis**; par le Dr Wyatt Johnston. — Montréal, 1892.

I. — Ce livre fait partie de la collection de l'encyclopédie scientifique des aide-mémoires publiée par la librairie Masson. Il contient tous les différents chapitres relatifs à la partie technique de l'examen et de la culture des microorganismes ; c'est, si on veut me permettre cette expression, le livre de cuisine de la bactériologie. Mais c'est un livre de cuisine fort intéressant et fort bien présenté, destiné à exposer d'une façon nette tous les détails si délicats et cependant si importants de ces préparations. L'ouvrage contient de plus un très grand nombre de figures explicatives, ce qui est fort utile pour la compréhension des différentes manipulations. Nous signalerons parmi les chapitres les suivants : stérilisation, préparation des milieux de culture, les injections, les autopsies, enfin les analyses de l'air et de l'eau.

II.— M. Vignardon s'attache à montrer que depuis un siècle la médecine vétérinaire a fait d'énormes progrès. Elle n'était encore qu'à l'état presque rudimentaire en 1790, lorsque parut le rapport de Vicq d'Azyr tendant à régénérer l'enseignement de cette science. A partir de cette époque, elle a marché de pair avec la médecine, et, dans certaines affections, elle a même pu faire avancer la question de la pathogénie, étant donnée la facilité beaucoup plus grande d'investigation anatomo-pathologique qu'elle procure à ceux qui la professent. L'auteur examine les travaux faits par les vétérinaires dans les maladies microbiennes et dans les maladies parasitaires non microbiennes. Le premier de ces chapitres est subdivisé en 2 parties, afin d'étudier la question des maladies microbiennes avant et après la découverte des microbes. Delafond, un professeur d'Alfort, semble avoir découvert en même temps que Rayer et Davaine : la bactéridie charbonneuse. Renault, d'Alfort, publia

en 1810 des travaux remarquables sur la gangrène traumatique, nom sous lequel on désignait la septicémie ; et il y énonçait la conception de l'empoisonnement par un principe septique venu de la partie gangrénée, et posait des conclusions thérapeutiques dignes de la chirurgie moderne. La morve et le farcin furent depuis longtemps étudiés par les vétérinaires ; ces travaux commencent en 1682 avec Solleysel. Bomgelat, Chabert et surtout Gérard admirent et démontrèrent l'inoculation de ces 2 maladies, et qu'on obtenait par cette inoculation indifféremment l'une ou l'autre. C'est Saint-Cyr qui fixa définitivement les esprits en 1852 par des expériences nombreuses. En 1829, Olivier semble avoir entrevu la contagion du tétanos. En 1860, Lafosse établit la symptomatologie du horse-pox encore mal connu en France ; Boulez reprit ses expériences. Les vétérinaires ont décrit la rage et en ont montré l'inoculabilité. Depuis la découverte des microbes, nous trouvons pour le charbon les travaux de Toussant, de Colin ; pour la tuberculose, ceux de Nocard, d'Arloing, Barrier ; sur l'immunité et les vaccins, ceux de Chauveau, d'Arloing, etc. La médecine est donc redevable pour une grande part à la médecine vétérinaire.

III. — L'auteur fait une étude complète, mais générale, de ce symptôme rare de l'hémiplégie. Il ne cite aucune observation. C'est l'état de la question actuellement.

IV. — L'auteur a fait de nombreuses expériences sur le bacillus fluorescens liquefaciens à la clinique du Pr Sahli. Il montre l'antagonisme qui existe entre ce bacille et le bacille non liquefaciens ou putridis et le bacille prodigiosus, le st. pyogenes aureus, le typho-bacille, le bacille du choléra, le bacille tuberculeux, le pneumocoque, etc. Il est probable que ce bacille fluorescens liquefaciens a une action destructive sur le bacille du choléra et les autres ci-dessus mentionnés, lorsqu'il se rencontre avec eux dans un même milieu, par exemple dans l'eau.

V. — L'instrument dont se sert l'auteur est une longue ampoule de verre terminée par 2 robinets. L'une des extrémités est raccordée au moyen d'un tube de caoutchouc à un autre tube garni de coton, par lequel se fait l'aspiration. Le tout a été stérilisé d'avance. Lorsque l'eau a pénétré dans l'ampoule, on ferme les deux robinets des extrémités, puis on retire le tube de verre surajouté.

VI. — M. Johnston décrit un appareil beaucoup plus compliqué, destiné à prendre de l'eau à de grandes profondeurs pour les examens bactériologiques. Le flacon destiné à renfermer l'eau est placé dans un grand bâti très lourd, dans lequel sont combinées une ouverture et une fermeture anatomique de ce flacon.

A. R.

REVUE D'HYGIÈNE

I. — **Hygiène de la table**; par le Dr Degoix. — Baillière, 1892.

II — **Rapport sur l'inspection des viandes à Paris et dans les communes suburbaines. Préfecture de police, 1891.** — Conseil d'Hygiène publique.

III. — **Rapport sur l'introduction de la strontiane dans les vins et les mélasses**: par Riche, 1891. — Conseil d'hygiène publique.

IV. — **Guide pratique des exercices physiques**; par le Dr Roblot. — Paris, Société d'Editions scientifiques, 1892.

V. — **Hygiène des Lycées**; par le Dr Trouillet. — Baillière, 1892.

VI. — **Les maladies des prisonniers**; par le Dr Laurent.

VII. — **Causes de la cécité; moyens de l'éviter**; par le Dr Angel Fernandez. — Madrid, 1891.

VIII. — **Epidémie de dysentérie à Rambervilliers**; par les Drs Lardier et Pernet.

IX. — **Etiologie de la fièvre typhoïde dans les hameaux et les habitations isolées**; par le Dr Lardier.

X. — **Discussion sur les services de désinfection à Paris**; par le Dr Moutier.

XI. — **De la prophylaxie des maladies exotiques importables et transmissibles**; par le Dr Tholard. — Alger, 1891.

I. — Ce livre est destiné à apprendre aux lecteurs *comment il faut manger*, et contient des préceptes utiles et des conseils sur l'art de manger : les différents aliments sont passés en revue avec soin, d'autant plus que l'auteur semble être un gourmet *qui sait manger* et qui s'y entend.

II. — Jusqu'en 1879 les viandes entraient librement dans Paris et n'étaient inspectées qu'aux Halles, dans les marchés et boucheries ; à cette époque, les viandes ne purent plus être introduites à Paris qu'après avoir été soumises à la visite des inspections. En 1890, il a été fait à Paris 25.311 saisies de viandes comprenant 601.382 kilogr., sur les deux cent millions de kilogrammes de viandes entrées à Paris ; on trouvera dans ce rapport un grand nombre de tableaux indiquant les motifs des saisies.

III. — L'auteur estime qu'on ne doit pas introduire la strontiane et ses sels dans les matières servant à l'alimentation humaine.

IV. — Le Dr Roblot a pu étudier, à l'école de Joinville-le-Pont, un grand nombre d'hommes faisant des exercices physiques toute la journée, et a cherché à montrer, à côté des avantages de ces exercices, les inconvénients qui en découlent : M. Roblot adresse de sérieuses critiques à l'escrime et les gravures relatives à ce sport sont intéressantes: « Le danger que nous avons signalé pour certains exercices physiques n'existe que dans l'abus et la spécialisation. Or, la variété des exercices est telle qu'il sera toujours aisé d'en entreprendre plusieurs et de les mener de front : dès lors, tout danger est écarté. »

V. — Interne de l'infirmerie du lycée Saint-Louis, l'auteur a été à même d'étudier de près les questions qui concernent l'hygiène des établissements publics : nous n'insisterons pas sur les chapitres relatifs à la construction d'un lycée en général ; nous ne parlerons pas de ce qui a trait au lycée Saint-Louis : l'auteur décrit la disposition de l'infirmerie, son fonctionnement, l'alimentation des élèves, le service des eaux d'alimentation au lycée, etc. On trouvera en plus toutes les circulaires ministérielles relatives à ces différentes questions.

VI. — Le Dr Laurent a étudié quelques maladies des prisonniers, telles que la scrofule, la pneumonie, la tuberculose et a recherché quelle pouvait être l'influence du régime pénitentiaire sur la marche et l'évolution de ces affections. Il a consacré quelques pages à l'étude du régime hygiénique et alimentaire des détenus, et à l'organisation du service médical dans les prisons. Si certaines prisons sont dans de mauvaises conditions hygiéniques, il en est d'autres, telle que celle de Nanterre, qui ressemblent bien plus à un palais qu'à une maison de détention : chaque cellule a plus de 24 mètres cubes avec une fenêtre de 0,85 centim. de haut sur 1 m. 20 de large, lavabo, bec de gaz, signal d'appel, calorifère, etc. Au point de vue hygiénique on ne peut guère faire mieux. Il est pénible de penser que les soldats, dans la plupart des casernes, sont bien plus mal traités au point de vue hygiénique que des voleurs !

VII. — Dans cette conférence, les différentes causes de la cécité sont passées en revue, et on voit que malheureusement un certain nombre de cas de cécités pourraient être évités et sont dus à la négligence et au manque de soins. Cette brochure est accompagnée d'un tableau synoptique dans lequel des échelles de différentes couleurs montrent bien les cécités les plus fréquentes.

VIII. — C'est à la suite d'une épidémie de dysenterie à Rambervilliers qu'une enquête fut prescrite : il fut démontré que les eaux alimentant la ville devaient être incriminées : les rapporteurs demandent le captage de nouvelles sources d'eau pure.

IX. — L'auteur a pu suivre des typhiques dont la maladie s'était déclarée dans des maisons isolées : il a reconnu que dans ces cas la fièvre typhoïde était due à l'ingestion d'une eau polluée, de l'eau de petits ruisseaux : un individu venu de Paris avait eu la fièvre typhoïde quelques semaines auparavant dans une maison isolée située le long d'un de ces ruisseaux ; quelques mois plus tard, plusieurs cas de fièvre typhoïde se produisirent dans des maisons isolées alimentées par les eaux du même ruisseau.

X. — Le Dr Moutier étudie la désinfection des objets souillés ou suspects d'avoir été souillés par des malades atteints d'affections transmissibles, et la désinfection des locaux habités par ces malades, ainsi que le service du transport des contagieux. L'auteur montre les difficultés presque insurmontables auxquelles vient se heurter l'hygiéniste.

XI. — Après avoir montré l'inutilité des quarantaines maritimes, l'auteur passe en revue les moyens proposés pour les remplacer et arrive aux conclusions suivantes : inspection sanitaire par une commission au moment de l'arrivée du navire, débarquement immédiat des voyageurs non malades, traitement des malades dans un hôpital spécial, désinfection immédiate, à quai, des bagages, linges, effets ayant appartenu à des malades, des marchandises et du navire. MARTHA.

CORRESPONDANCE

Traitement de la dilatation stomacale par la Gastro-entérostomie.

Monsieur et cher Confrère,

Je viens de lire, dans le *Progrès médical*, un article sur « le Traitement de la dilatation stomacale par la gastro-entérostomie. » Vous y dites que « le sens et la portée cliniques de la diminution de la capacité du réservoir gastrique amenée par l'opération paraissait avoir totalement échappé à M. Reclus, » dont, plus loin, vous « enregistrez le silence manifeste. »

Vous vous trompez : Si j'ai souligné le fait avec tant d'insistance et au point d'y revenir trois fois, c'est que je connaissais tous vos articles et la récente observation de M. Jeannel, et j'étais heureux de fournir, en faveur de votre thèse, un argument dont la valeur n'échappe à personne.

Si je n'en ai pas moi-même discuté l'importance, c'est d'abord qu'on aurait pu arguer de mon incompétence médicale et m'objecter que je n'avais pas le droit de conclure de dilatation avec sténose, avec dilatation sans sténose pylorique. C'est surtout que vous me paraissiez mieux en mesure de défendre vous-même votre thèse. Je vous signalais le fait, à vous d'en tirer parti. Vous n'y avez pas manqué et je m'en félicite ; je regrette seulement que vous vous soyez mépris sur mes intentions.

Veuillez recevoir, Monsieur et cher Confrère, l'assurance de toute ma considération. Paul RECLUS.

Je me permets de rétablir au complet les phrases auxquelles M. Reclus a fait allusion ; cela présente un certain intérêt. J'ai écrit :

« Nous insistons tout particulièrement sur cette constatation anatomique, dont l'importance est capitale et dont *le sens et la portée cliniques* paraissent avoir totalement échappé à M. Reclus... »

Puis :

« Nous tenions seulement à souligner la constatation de M. Reclus et à enregistrer son silence manifeste au sujet de la *portée thérapeutique*..... »

J'emploie à dessein des italiques pour quelques mots de ces deux phrases, *parce que ces mots spécifient sur quel point* PRÉCIS j'ai critiqué le silence de M. Reclus.

Or, je regrette d'avoir à le répéter, M. Reclus n'a pas prononcé un seul mot *touchant ce point précis* : ce qui explique facilement pourquoi je me suis mépris sur ses intentions.

Je ne peux deviner ce qu'un orateur pense ; je ne puis enregistrer que ce qu'il dit ou ne dit pas. Je remercie cependant M. Reclus de bien vouloir ne point ignorer ce que j'ai écrit.

Je ne veux pas aborder le côté scientifique et discuter l'objection qui m'est faite, pour ne pas trop user aujourd'hui d'une hospitalité dont j'abuse chaque semaine ; mais j'y reviendrai longuement dans un article ultérieur. M. B.

MÉDECINS POUR LE TRAITEMENT A DOMICILE. — *Concours.* — Un concours pour les emplois de médecins du traitement à domicile s'ouvrira le lundi 8 mai 1893. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au samedi 8 avril 1893, de onze heures a quatre heures, avenue Victoria, n° 3 (Service des secours à domicile.)

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — M. le Dr Michalowicz, républicain, a été élu conseiller général du canton de Noyant par 1,597 voix contre 817 au comte de la Bouillerie, royaliste. C'est un siège gagné.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de Petite Chirurgie de Jamain ; par F. TERRIER et M. PÉRAIRE. — Félix Alcan, éditeur, Paris, 1893.

La septième édition du *Manuel de Petite Chirurgie* de Jamain vient de paraître ; elle est signée des noms de MM. Terrier et M. Péraire. L'exécution matérielle de ce livre est digne de remarque ; l'impression, très soignée, est protégée par une reliure de choix et de nombreuses figures (il y en a 415) illustrent, de la façon la plus harmonieuse, ce volume depuis longtemps classique et dont il est inutile de faire aujourd'hui l'éloge. A noter tout spécialement la juste proportion donnée aux dimensions des dessins, par rapport au format : il est rare de trouver des in-18 pour lesquels on se soit préoccupé de cette question d'esthétique, qui a bien son importance.

Nous n'insisterons pas sur la valeur et les services que les ouvrages de ce genre rendent aux étudiants et même aux praticiens. Cela saute aux yeux. Certes, ils retrouveront, dans cette nouvelle édition, tout ce qu'ils ont appris dans les précédentes ; mais la plupart des chapitres, surtout ceux qui ont trait aux pansements, à l'asepsie, à l'antisepsie, à l'anesthésie locale ou générale, ont été considérablement remaniés et augmentés. Nous signalons tout particulièrement à nos lecteurs la première partie, où sont exposés les différents procédés de stérilisation de l'eau, des compresses, des instruments, etc. C'est un exposé sommaire, mais suffisant, des méthodes journellement employées à Paris, et, en particulier, dans le service de M. Terrier, à Bichat.

C'est un succès de librairie, sans aucun doute, que cette septième édition, revue par le professeur de médecine opératoire de la Faculté de Médecine de Paris, avec l'aide d'un de ses élèves les plus distingués et les plus sympathiques. M. B.

Anesthésie chirurgicale et obstétricale ; par A. AUVARD et E. CAUBET (*Collection Charcot-Debove*). — Rueff, édit., Paris.

Petit volume très intéressant, écrit par un homme du métier. Je ne puis résister au plaisir de citer quelques lignes de la préface. Que voulez-vous ? On y plaide chaudement la cause d'une de mes marottes favorites :

« A l'étranger, l'anesthésie est confiée à des spécialistes et non abandonnée au premier médecin ou interne venu. Nous sommes persuadé que cette spécialisation est indispensable et pour le chirurgien et pour le patient, si ce dernier désire éviter les accidents parfois mortels de l'anesthésie. Il est à souhaiter qu'en France on arrive aussi à avoir des médecins spéciaux ; cette réforme, de même que beaucoup d'autres, que la routine empêche seule d'accepter, constituera un réel progrès. »

Voilà qui est bien. J'appuie et je passe.

Très bon chapitre sur l'anesthésie locale. Je mentionne, sans insister, vu mon incompétence, tout ce qui a trait à l'anesthésie obstétricale ; je me borne à ajouter que les réflexions de l'auteur me paraissent fort justes. J'arrive à l'anesthésie chirurgicale. La partie chimique, relative aux substances anesthésiques, est traitée peut-être d'une façon un peu trop ample et elle paraît un peu hors de proportion avec le cadre de cet ouvrage ; mais ce n'est là qu'un reproche qui frise singulièrement le compliment. J'aurais préféré pourtant voir les auteurs insister davantage sur la partie technique proprement dite de l'anesthésie, sur la question de pratique, en un mot, qu'il s'agisse de chloroformisation ou d'éthérisation ; et il fallait laisser aux livres d'histoire ou de critique toute une série de procédés surannés.

En terminant, qu'on me pardonne de rappeler le cas que les auteurs ont fait de mes modestes publications sur le sujet ; mais j'ai si peu souvent l'occasion de témoigner ma reconnaissance dans des circonstances analogues, que je croirais manquer à tous mes devoirs en ne les priant pas aujourd'hui d'agréer mes plus vifs remercîments. Marcel BAUDOUIN.

Manuel de pathologie et de clinique médicale infantiles ; par le Dr Pierre-J. MERCIER. — Paris, 1892, G. Steinheil, éditeur.

Ce manuel, qui contient 700 pages, est divisé en neuf livres : le premier consacré aux maladies du fœtus, de l'enfant nou-

BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils
19, rue Hautefeuille, Paris

Précis d'opérations de chirurgie, par **J. Chauvel**, professeur de médecine opératoire à l'école du Val-de-Grâce, médecin principal de l'armée, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie. 3e *édition* augmentée de notions sur l'*antisepsie chirurgicale*. 1 vol. in-18 jésus de 850 pages, avec 350 figures dessinées par le docteur **E. Charvot**. Cart., 9 fr.

Avant d'aborder la technique opératoire elle-même, l'auteur étudie en un long préambule l'application de la méthode antiseptique telle que la comprennent les données actuelles; les divers agents employés, les soins dont doit s'entourer le chirurgien dans l'exercice de son art, les règles d'antisepsie spéciales à certains cas particuliers, tout cela est examiné avec détails clairs et précis.

Le reste de l'ouvrage est divisé en deux parties. La première partie comprend l'étude des opérations générales. Six chapitres sont consacrés à la ligature des artères, aux amputations des membres, aux résections osseuses, aux opérations qui se pratiquent sur les nerfs, à la ténotomie, enfin à la transfusion du sang. Dans chacun de ces chapitres sont d'abord exposées les règles générales, puis l'adaptation de ces principes aux cas particuliers.

La deuxième partie s'occupe des opérations spéciales : celles qui concernetnt les appareils de la vision, de la respiration, de la digestion et les voix urinaires sont particulièrement détaillées.

Un chapitre final est consacré aux interventions encore nouvelles et qui n'ont acquis droit de cité en chirurgie que depuis un temps relativement court. Qu'il suffise de citer l'Estlander, les tarsectomies antérieure et postérieure, l'extirpation du larynx, la gastrectomie, les diverses opérations sur la vésicule biliaire, le Kraske, etc., pour prouver que rien n'a été laissé de côté dans ce livre très complet.

De nombreuses figures sont intercalées dans le texte; par leur simplicité et leur clarté elles aident à la compréhension des détails et facilitent l'exécution méthodique des opérations. Ainsi mis au courant des notions les plus nouvelles, cet ouvrage devient non seulement un excellent guide pour l'étudiant à l'amphithéâtre, mais encore un précieux memento pour le praticien.

(*Archives générales de médecine*, août 1892.)

Traité élémentaire de thérapeutique de matière médicale et de pharmacologie, par le Dr **A. Manquat**, médecin-major de 2e cl., répétiteur de thérapeutique et de matière médicale à l'École du service de santé militaire de Lyon. 2 volumes in-8, ensemble **1,428** pages, 18 fr.

Ouvrage excellent pour les élèves et pour les médecins, désireux de connaître la nouvelle thérapeutique.

Revue de médecine.

Parmi les nombreux traités de thérapeutique qui ont paru depuis quelque temps, le livre de M. Manquat est le plus facile à manier et le plus complet sous un volume suffisamment restreint.

Progrès médical.

C'est un ouvrage essentiellement pratique, qui sera très utile à l'élève et plus utile encore au praticien qui est sûr d'y trouver rapidement, et avec tous les détails nécessaires, le renseignement voulu sur l'action physiologique et le mode d'emploi thérapeutique d'un médicament nouveau venu dans la matière médicale ou depuis longtemps éprouvé.

Gazette hebdomadaire de médecine.

Le traité de M. Manquat est à la fois très clair, très bien disposé et très complet.

La France médicale.

Ce livre est digne de tous éloges. Il a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les praticiens. »

Archives générales de médecine.

Cours de physiologie, par **Mathias Duval**, professeur à la Faculté de médecine de Paris. *Septième édition du Cours de physiologie* de Kuss et Duval, 1 vol. in 8 de 752 pages, avec 220 figures, 9 fr.

L'auteur s'est attaché à répondre aux besoins les plus élémentaires du débutant, tout en cherchant à présenter à l'étudiant, comme au médecin, un exposé succinct et complet de l'état actuel de la physiologie. Il a redoublé de soins pour faire de cette nouvelle édition un ouvrage, qui, mis au courant des travaux récents, répondra le plus directement possible aux besoins les plus immédiats de l'étudiant en médecine.

Les progrès de la science sont aujourd'hui rapides; chaque année apporte son tribu de faits nouveaux; l'auteur a donné une large place aux travaux de Brown-Séquard, Chauveau, Bouchard, Dastre, François Franck, Grehant, Malassez, Laborde etc., etc.

Nouveaux éléments de chimie médicale et de chimie biologique, avec les applications à l'hygiène, à la médecine légale et à la pharmacie, par **R Engel**, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, 4e édition, 1 vol. in 8°, de 694 p. avec 107 fig. 9 fr.

Ce traité est écrit en un style clair et précis; les points saillants, les caractères distinctifs se détachent en italique, des tableaux sommaires résument les chapitres, des figures aident à l'intelligence du texte.

A l'étude de chaque corps, l'auteur traite de l'emploi en médecine, de l'action sur l'économie et de l'élimination lorsque le corps se trouve dans l'organisme; cette partie est rédigée avec beaucoup de netteté et de tact : elle constitue un résumé très bien fait des connaissances que doit posséder l'étudiant.

(Riche, *Journal de Pharmacie*).

La thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales à la chirurgie, à l'obstétrique et à la pédagogie, par le Dr **A. Cullerre**, directeur de l'Asile d'Aliénés de la Roche-sur-Yon, 1 vol. in-16, 350 pages (*Bibliothèque scientifique contemporaine*), 3 fr. 50.

Le mouvement irrésistible qui pousse la médecine vers des horizons nouveaux engendre par contre-coup, une véritable renaissance thérapeutique.

La vertu curative de la suggestion hypnotique, que de nombreux savants ont depuis peu d'années mise en lumière, est un des aspects les plus intéressants de cette évolution dans l'art de guérir. M. Cullerre a cherché à exposer d'une façon impartiale cette science nouvelle, à formuler le plus nettement possible ses indications positiv[es] tout en indiquant, à côté de ses succès, l[es] cas où elle est inutile et ceux ou elle pou[r]rait même devenir dangereuse.

Un long chapitre est consacré à la su[g]gestion hypnotique dans l'hystérie : c'est [le] terrain sur lequel elle remporte le pl[us] de succès.

Vient ensuite l'étude de la suggesti[on] dans les troubles fonctionnels du systè[me] nerveux (neurasthénie, névralgies, ép[i]lepsies, chorée, etc.), puis dans les maladi[es] aiguës et chroniques, dans les affectio[ns] organiques du système nerveux et dans l[es] maladies mentales.

Un chapitre est consacré à la chirurgie [et] aux accouchements.

Enfin l'ouvrage se termine par l'étude [de] la suggestion dans ses rapports avec la p[é]dagogie et l'éducation des enfants vicie[ux] ou dégénérés.

La Neurasthénie (épuisement nerveu[x]) par le Dr **Louis Bouveret**, agrégé à la [Fa]culté de médecine de Lyon, 2e *édition*, [1] vol. in-8, de 480 pages, 6 fr.

Cet ouvrage est un exposé très complet [et] très clair de l'état actuel de la science s[ur] cette affection à la fois si commune et [si] complexe dans ses manifestations. C'e[st] sans contredit le meilleur traité sur la m[a]ladie de Béard que nous possédons à l'heu[re] actuelle. Cet ouvrage, en effet, n'est pas u[ne] compilation bien faite, comme tant d'autr[es] du même genre. M. Bouveret y fait preu[ve] d'un sens critique et clinique très dévelop[pé] et on voit qu'il connaît à fond le sujet qu['il] traite. Cet ouvrage est le plus complet [et], j'ajouterai, le plus suggestif que nous po[s]sédons sur la matière. Aussi je ne puis q[ue] recommander sa lecture à tous ceux qui, [de] près ou de loin, tiennent à se tenir au co[u]rant des récentes conquêtes de la patholo[gie] nerveuse.

Dr J. Déjerine, professeur agrégé à la F[a]culté de médecine de Paris.

(Médecine moderne),

Cet ouvrage est fait avec beaucoup de so[in] et donne une idée excellente de la malad[ie].

Revue de médecine, 10 juin.

La grippe influenza, étiologie, path[o]génie, formes cliniques, traitement, par [...] **Teissier**, professeur à la Faculté de méd[e]cine de Lyon. 1 vol. in-8 de 200 pages, av[ec] 1 planches, 5 fr.

Précis d'hygiène publique, par le Dr **Be[]doin**. Introduction par le professeur [] Brouardel, 1891. 1 vol. in-18 de 321 p., av[ec] **70** figures, **cart.**, 5 fr.

M. le Dr Bedoin a cherché à vulgariser d[es] notions encore trop peu répandues en de[]hors des personnes qui s'occupent profes[]sionnellement d'Hygiène.

Ce livre renferme tout ce qu'il est utile d[e] savoir et de bien connaître. En dehors d[es] questions générales sur l'air, l'eau, le sol, l[es] habitations, les professions..., etc., l'auteu[r] étudie les affections contagieuses ou ép[i]démiques, leur prophylaxie par la désinfe[c]tion, l'isolement, la vaccination, puis [il] passe aux industries insalubres, à l'hygièn[e] des habitations privées et collectives, et [...]

Traité des maladies des voies urinaires de l'homme et de la femme, hygiène [et] traitement pratique des maladies de l'ur[è]thre, de la vessie, des reins, calculs sper[]matorrhée, diabète, etc., par le Dr **Hen[ri] Picard**, 1 vol. in-18 jésus de 360 p., avec fi[g.] cart. 5 fr.

veau-né et du nourrisson; le second, aux maladies infectieuses aiguës; le troisième, aux maladies infectieuses chroniques et générales non infectieuses; le quatrième, aux maladies nerveuses; le cinquième, aux maladies de l'appareil respiratoire; le sixième, aux maladies du cœur; le septième, aux maladies de l'appareil digestif; le huitième, aux maladies du foie, des reins et des organes génito-urinaires; le neuvième, aux maladies de la peau. Le format est le même que le manuel de Picot et d'Espine, et les caractères sont peu différents. On trouve, à la fin du volume, un formulaire.

Sulla etiologia del crup primitivo (Sur l'étiologie du croup primitif); par le Dr Egidi (Extrait des *Arch. Ital. de Pédiatrie*). — Naples, 1892.

La dualité de la diphtérie, admise en Allemagne, ne pouvait manquer de faire fortune en Italie. Depuis quelques années les statistiques mortuaires de Rome portaient un nombre invraisemblable de décès par *croup non diphtérique*. Ce n'était pas seulement une erreur doctrinale, c'était un danger pour la cité; les médecins, méconnaissant la diphtérie, ne prescrivaient aucune mesure prophylactique (isolement, antisepsie, etc.). Le Dr Egidi a eu le mérite de réagir contre cette conception fausse de la maladie si magistralement décrite par Bretonneau et par Trousseau. Le croup primitif n'est qu'une localisation de la diphtérie; il faut qu'on le sache bien et qu'on institue une thérapeutique et une prophylaxie en rapport avec cette vérité amplement démontrée en France.

Recherches sur le cancer et les principes actifs qu'il contient (*Étude expérimentale et clinique*); par Adamkiewicz. — Vienne et Leipsig, Wilhelm Braumuller, éd., 1893.

Le Pr Adamkiewicz est bien connu par ses recherches, souvent un peu hasardeuses mais toujours originales, sur le système nerveux entre autres. Il résume aujourd'hui les études qu'il a publiées par morceaux dans le cours de ces deux dernières années, sur la contagion du cancer. Après une préface un peu ampoulée, où il se plaint des attaques vives dont ses travaux ont été l'objet et rappelé qu'il a tenu tête aux tempêtes, il nous fournit une série de notions qui peuvent se résumer ainsi :

1° Le cancer a un caractère nettement infectieux; l'infection est causée par un parasite très fin qui, sur les planches, ressemble à un coccus colorable par le bleu de méthylène, alors que les tissus se colorent par le carmin; le parasite serait de la classe des psorospermies.

2° Les cancers contiennent une substance toxique analogue à la tuberculine de Koch, analogue aussi à la neurine, et cette substance peut être employée chez les animaux, car elle possède une action élective spéciale sur les cancers, et, inoculée à petites doses, elle amène une action cicatrisante que, d'ailleurs, les photographies annexées montrent assez limitées, sur les cancers ulcérés. Elle diminue aussi les tumeurs non ulcérées et détermine un certain affaissement de leur masse.

3° Certaines tumeurs peuvent se greffer dans l'encéphale, en particulier chez le chien, le tissu nerveux résorbant beaucoup moins vite les greffes que les autres tissus. A. P.

De la pulvérisation dans le traitement de la diphtérie; par le Dr Polo (de Nantes). Extrait de la *Revue de Laryngologie*. Paris, 1892.

La pulvérisation de liquides médicamenteux, ou simplement d'eau pure, dans la diphtérie et le croup, est adoptée par un grand nombre de médecins. Elle agit doublement : par l'humidité qui favorise le détachement des fausses membranes, et par l'action des substances antiseptiques pulvérisées (acide borique, phénique, salicylique, etc.). M. Polo a imaginé un appareil destiné à rendre faciles et efficaces les pulvérisations. Il fait usage d'une solution phéniquée à 3 ou 5 pour 1,000 alternant avec une solution de teinture de feuilles d'eucalyptus à 10 pour 1000. L'appareil est composé : d'une lampe à alcool ou fourneau à gaz, d'une chaudière, d'un bassin superposé pouvant recevoir 6 litres, dans laquelle plongent deux tubes aspirateurs qui vont rejoindre deux tubes injecteurs fixés à la chaudière. Les résultats annoncés par M. Polo sont encourageants.

Broncho-pneumonie; par le Dr E. Mosny. — (*Bibliothèque médicale Charcot-Debove*. Paris, 1892. Rueff, éditeur.

Ce petit livre est écrit avec beaucoup de soin par un auteur qui avait eu l'occasion déjà d'étudier sérieusement la bronchopneumonie au point de vue bactériologique. C'est dire que le rôle des microbes a été mis en relief, et avec raison, car c'est le côté neuf d'une question traitée avec de grands développements dans les ouvrages de médecine infantile. La bronchopneumonie, en effet, est une maladie de l'enfance; elle existe sans doute chez les adultes, mais exceptionnellement et dans des circonstances particulières. Parcourez les salles d'un hôpital d'adultes : vous n'entendrez pas prononcer le mot *broncho-pneumonie* une fois par visite. Allez dans un hôpital d'enfants: ce mot sortira de toutes les lèvres. Ce livre continue dignement la collection publiée par M. Rueff.

Étude sur les substances microbicides du sérum et des organes d'animaux à sang chaud; par de Christmas.

Ce travail, extrait des annales de l'Institut Pasteur, a pour but de démontrer que tout organisme vivant possède une résistance naturelle contre l'invasion des germes morbides qui l'entourent. Elle est très relative et varie suivant les différents tissus que l'on considère. « Telles cellules, dit l'auteur, tel liquide de l'organisme forment un milieu nutritif relativement bon; tel autre s'oppose absolument à tout développement du germe qui y pénètre. » Les causes de cette action bactéricide des tissus sont encore peu connues; mais il est démontré par un grand nombre d'observations que le sérum du sang la possède à un degré marqué. M. de Christmas a montré dans le travail qui nous occupe que les organes sécrétaient des principes anti-microbiens comparables à ceux du sérum. P.

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

Année scolaire 1892-93.

Les cours du semestre d'Été auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er mars 1893.

Cours. — *Physique médicale* : M. Gariel. Revision et applications biologiques de l'électricité. Actions moléculaires. Acoustique. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure (Petit Amphithéâtre). — *Histoire naturelle médicale* : M. Baillon. Étude des plantes employées en thérapeutique et des espèces vénéneuses. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie interne* : M. Debove. Maladies infectieuses et maladies générales. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie externe* : M. Lannelongue. Pathologie générale chirurgicale. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie et thérapeutique générales* : M. Bouchard. La fièvre et les maladies fébriles. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Hygiène* : M. Proust. Étiologie et prophylaxie des maladies chroniques : goutte, diabète, tuberculose, etc. Des vaccinations. Visites au musée d'hygiène : Assainissement des habitations. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Médecine légale* : M. Brouardel. Législation médicale. De la mort au point de vue médico-légal. Lundi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéatre). — *Conférences de médecine légale*. M. Brouardel. Conférences pratiques de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques (visite des malades tous les matins). — *Cliniques médicales* : MM. G. Sée. Lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hotel-Dieu). — Potain. Mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité). — Jaccoud. Mardi, samedi, à 9 heures 1/2 (à la Pitié). — Peter. Mercredi, vendredi, à 10 heures (à l'hôpital Necker). — *Cliniques chirurgicales* : MM. Léon Le Fort. Mardi, jeudi, à 9 heures 1/2 (à l'Hotel-Dieu). — Duplay. Mardi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à la Charité). — Le Dentu. Mardi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à l'hopital Necker). — Tillaux. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à la Pitié). — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale* : M. Ball (M. Ballet, agrégé, chargé de cours). Dimanche, jeudi, à 9 heures 1/2 (à l'asile Sainte-Anne). — *Clinique des maladies des enfants* : M. Grancher (M. Marfan, agrégé, chargé des cours). Mardi, samedi, à 4 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades). — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Fournier. Mardi, vendredi, à 9 heures (à l'hopital Saint-Louis). — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Charcot. Mardi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à la Salpetrière). — *Clinique ophtalmologique* : M. Panas. Lundi,

vendredi, à 9 heures (à l'Hôtel-Dieu). — *Clinique des maladies des voies urinaires* : M. GUYON. Mercredi, samedi, à 9 heures (à l'hôpital Necker). — *Cliniques d'accouchements* : MM. TARNIER. Mardi, samedi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas). — PINARD. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal). — *Professeurs honoraires* : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Cours complémentaires. — *Accouchements* : M. MAYGRIER, agrégé. Dystocie. Opérations. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Conférences. — *Chimie* : M. FAUCONNIER, agrégé. Les applications de la chimie organique à la médecine. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre). — *Histologie* : M. RETTERER, agrégé. Système nerveux et organes des sens. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre). — *Physiologie* : M. GLEY, agrégé. Fonctions des glandes. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Pathologie interne* : M. MARIE, agrégé. Névroses et maladies du système nerveux périphérique. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie externe* : M. LEJARS, agrégé. Maladies chirurgicales des membres supérieurs ; maladies chirurgicales du tronc, c'est-à-dire poitrine et rachis, abdomen, tube digestif, foie, rate, pancréas. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — *Thérapeutique* : M. GILBERT, agrégé. Thérapeutique élémentaire. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pharmacologie* : M. ANDRÉ, agrégé. Les médicaments d'origine minérale. Mardi, jeudi, samedi, à 11 heures (Petit Amphithéâtre). — *Anatomie pathologique* : M. LETULLE, agrégé. Maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire. Maladies des tissus. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Travaux pratiques. — *Physique* : M. WEISS, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de physique. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 heures à 6 heures. — *Chimie* : M. HANRIOT, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de chimie. Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2. — *Histoire naturelle* : M. FAGUET, chef des travaux. Travaux pratiques d'histoire naturelle. Lundi, mercredi, vendredi, à 7 heures 1/2 du matin. — *Histologie* : M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques d'histologie. Mardi, jeudi, samedi, de 2 heures 1/4 à 4 heures. — *Physiologie* : M. LABORDE, chef des travaux. Démonstrations de physiologie expérimentale. Lundi, vendredi, à 1 heures. — *Médecine opératoire* : M. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques. Exercices de médecine opératoire. Tous les jours, de 1 heure à 4 heures. — *Anatomie pathologique* : M. BRAULT, chef des travaux. Travaux pratiques d'anatomie pathologique. Tous les jours, à 2 heures.

Semestre d'été. — *Division des Etudes.* — *Première année* : Physique médicale, chimie médicale, histoire naturelle médicale. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat et officiat) : chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année : Physiologie, histologie, pathologie interne, pathologie externe. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : physiologie, histologie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, physiologie.

Troisième année : Physiologie, histologie, pathologie interne, pathologie externe, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, anatomie pathologique, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, physiologie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, physiologie, médecine opératoire.

Quatrième année : Pathologie et thérapeutique générales, pathologie interne, pathologie externe, pathologie expérimentale et comparée, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, hygiène, médecine légale, clinique médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales, accouchements, maladies des femmes et des enfants, anatomie pathologique. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, médecine opératoire, anatomie pathologique. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, médecine opératoire.

Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours de 11 heures à 4 heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours de 11 heures du matin à 6 heures de l'après-midi et tous les soirs de 7 heures 1/2 à 10 heures 1/2.

Faculté de Médecine de Bordeaux.

Nouveaux laboratoires.—La construction de nouveaux laboratoires à la Faculté de médecine de Bordeaux vient d'être décidée au ministère de l'instruction publique. C'est dans les terrains vacants, situés derrière les pavillons anatomiques, qu'ils seront construits. Les nouvelles constructions comprendront : 1° un pavillon pour le service des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie ; un quatrième pavillon d'anatomie, et un pavillon spécial pour la médecine expérimentale. Il y aura, en outre, un pavillon spécial aménagé pour le service des autopsies médico-légales et les travaux pratiques de médecine légale. Les divers laboratoires de la Faculté seront pourvus de constructions spéciales pour loger les animaux en expériences. On a dû jusqu'ici se contenter d'aménagements provisoires, mais ce service si important va être très largement organisé.

Les laboratoires actuellement logés à Saint-Raphaël, près Saint-André, seront également transportés à l'ancien hôpital Saint-Jean qui sera démoli. Les vénériens seront transférés dans leur nouvel hôpital au Tondu. Sur l'emplacement de l'hôpital Saint-Jean seront construits les laboratoires de pharmacie, de chimie, de physique et d'histoire naturelle, ainsi que le droguier qui se rapporte à l'enseignement de la matière médicale. Les plans relatifs à ces diverses constructions sont définitivement arrêtés et rien ne s'oppose plus à la mise à exécution des travaux. Les hôpitaux destinés à recevoir les vénériens vont être prochainement livrés.

Les locaux occupés actuellement à Saint-Raphaël par les laboratoires de la Faculté de médecine seront aménagés pour être attribués aux constructions externes de la Faculté. De vastes salles de consultation seront disposées pour recevoir les élèves qui se rendent en grand nombre à ces nouveaux services. Les maladies des voies urinaires, les maladies des femmes seront pourvues d'un certain nombre de lits. Les cliniques de laryngologie, d'otologie et de rhinologie recevront de notables améliorations dans leurs installations. La ville de Bordeaux et le ministère de l'instruction publique n'ont pas cru devoir différer plus longtemps l'agrandissement de notre Faculté qui, à peine construite, a eu besoin de doubler ses locaux pour suffire à ses nombreux élèves. La Faculté de médecine de Bordeaux compte aujourd'hui près de onze cents élèves. On n'avait prévu, en la construisant, que des locaux pour 4 à 500 élèves. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux.*)

Eloge d'Ulysse TRÉLAT (*Fin*) (1) ;
par M. CH. MONOD, Secrétaire général de la *Société de Chirurgie.*

Je n'ai pas besoin de vous rappeler longuement la part considérable prise par Trélat aux travaux de notre compagnie. Membre titulaire de la Société de chirurgie depuis 1860, il fut successivement nommé par vous secrétaire annuel en 1864, secrétaire général en 1868, président en 1873. Il ne sollicita l'honorariat qu'en 1886, et n'en resta pas moins assidu à nos séances. Ce fut comme secrétaire général qu'il fut appelé à prononcer devant vous l'eloge de Velpeau et celui de Laborie; en ces deux circonstances, vos séances annuelles furent vraiment des jours de fête. L'éloge de Velpeau, en particulier, est un morceau bien fait pour décourager ceux que votre confiance appelle à un poste illustré de telle façon.

C'est cependant plutôt par son active participation à nos réunions hebdomadaires que le souvenir de Trélat reste vivant parmi nous. Il est permis de dire, sans exagération, qu'il fut pendant de longues années l'âme de notre Société, ou, si vous le préférez, que sa présence au milieu de nous donnait à nos séances un singulier attrait. Prenant souvent la parole et toujours à propos, il savait en quelques mots ranimer l'attention languissante, dissiper les confusions, remettre les choses au point, empêcher la discussion de se perdre dans les minuties. Il écoutait attentivement, et bien souvent n'intervenait que lorsque la liste des orateurs semblait épuisée ; résumant alors le débat, avec ampleur et clarté, il acculait pour ainsi dire ses auditeurs à des conclusions marquées au coin du bon sens et de la raison.

Je ne puis mentionner ici les nombreuses communications originales dont il nous a donné la primeur. Qu'il me suffise de dire qu'il n'est pas un point de sa pratique hospitalière ou privée dont il ne se soit fait un devoir de nous entretenir, lorsqu'il le jugeait de nature à nous instruire ou seulement à nous intéresser.

Jusqu'à la fin il demeura parmi nous. C'est le 12 mars 1890 qu'il prenait pour la dernière fois la parole, à cette place où nos yeux le cherchent encore. Quinze jours plus tard, nous avions la douleur d'apprendre qu'il n'était plus.

Trélat fut encore un membre actif de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Comme il le disait lui-même en occupant, en 1885, le fauteuil de la présidence de

(1) Voir *Progrès médical*, n° 3.

cette Société, de nombreux liens le rattachaient à elle : « Souvenirs anciens et vénérés de l'éducation paternelle, premiers travaux personnels, vif intérêt, ou mieux passion pour l'amélioration de notre race et le développement de notre puissance nationale. »

Il se faisait, on le voit, une haute idée du rôle de l'hygiène sociale. Etudier les questions qui s'y rapportent, démontrer les bienfaits dont elle est capable, proposer de sages prescriptions sanitaires et donner aux pouvoirs publics les moyens de les mettre à exécution, c'était, selon lui, servir son pays et travailler à augmenter le patrimoine humain. Noble ambition, bien digne d'un esprit large et généreux.

Aussi s'était-il, de tout temps, senti attiré vers ce genre d'études.

Lorsque, vers 1864, furent discutés les divers projets de reconstruction de l'Hôtel-Dieu, il s'éleva avec force contre celui qui voulait replacer le vieil hôpital dans la Cité; il montrait que, la maison hospitalière s'étant déplacée, un aussi vaste établissement, en un tel lieu, était inutile, qu'il serait horriblement coûteux (il évaluait la dépense à 40 millions, soit 50,000 francs par lit), enfin qu'il était impossible d'y satisfaire aux exigences de l'hygiène des malades.

Il provoqua à cette occasion, ici même, une discussion importante et fit adopter, par la Société de Chirurgie, à la presque unanimité des membres, une série de propositions, véritable code d'hygiène hospitalière, qui ne modifièrent malheureusement en rien les plans de l'Administration. Le parti était pris ; il fallait s'incliner devant une volonté souveraine.

Deux ans plus tard, il poursuivait son œuvre en étudiant avec vous l'hygiène des Maternités ; il n'avait pas de peine à établir que les règles applicables aux hôpitaux généraux devaient être suivies plus rigoureusement encore dans ces établissements spéciaux, où la mortalité était alors véritablement désastreuse ; la prophylaxie des maladies puerpérales réclamant, de plus, certaines mesures particulières, qu'il indiquait.

Cette fois, ce ne fut pas seulement auprès de collègues convaincus d'avance, mais auprès de l'administration elle-même qu'il obtint gain de cause. On a peine à croire qu'il ait fallu un tel effort pour faire triompher des vérités qui sont aujourd'hui de connaissance vulgaire.

Du reste, les recherches de Trélat sur les conditions de la salubrité ne se bornaient pas aux hôpitaux ; et, parlant sur sa tombe au nom de la Société de médecine publique, M. Napias pouvait rendre hommage à la haute compétence dont son collègue faisait preuve dans l'étude des questions d'hygiène les plus diverses.

C'est en raison de cette compétence, universellement reconnue, que Trélat fut appelé à siéger dans le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. Là encore, il a laissé le souvenir de la rectitude de son jugement, de la sûreté de son conseil, de l'art avec lequel il exposait son opinion, de l'ardeur qu'il mettait à la défendre, sans que jamais la discussion la plus vive lui fît oublier la courtoisie des formes et le respect dû à des contradicteurs de bonne foi.

Ceux qui approchaient Trélat ne se sentaient pas de prime abord attirés vers lui. Son accueil n'avait rien d'avenant. Je me souviens de l'impression de respectueuse crainte que je ressentis lorsque, jeune élève en médecine, je fus pour la première fois mis en sa présence. Je le revois tel qu'il m'apparut alors, les traits fortement accusés, l'œil perçant, scrutateur, caché sous des sourcils noirs et fournis, le front chargé de rides volontaires, la bouche s'avançant en une sorte de moue menaçante, que dissimulait mal — qu'accentuait bien plutôt — une barbe courte, soignée, mais abondante, contribuant à donner à l'ensemble un aspect sombre et sévère.

Je ne soupçonnais pas, alors, mais je sus bientôt ce que cette apparence un peu farouche cachait de douceur et de bonté. Et, cependant, bon plutôt qu'aimable, plus soucieux de suivre le chemin qu'il s'était tracé que de chercher à plaire, sachant ce qu'il valait, supportant mal qu'on parût en douter, Trélat ne fut pas de ceux qui s'entourent d'amitiés faciles.

Celles qu'il détermina n'en furent que plus solides. On le vit bien, le jour où il disparut. Au concert de louanges qui s'éleva de toutes parts se joignit un cri de douleur. Pouvaient-ils ne pas le pleurer, ceux qui avaient su trouver en lui, comme le disait l'un d'eux, et non le moins éloquent, « l'ami fidèle et qui ne variait pas... se donnant à ses amis, comme il se donnait à ses élèves, de la totalité de son âme aimante ? »

Trélat fut aimé. Peut-être fut-il plus encore admiré. Il était difficile, en effet, de le voir de près, et surtout de l'entendre, sans être sous le charme.

Possédant une instruction des plus variées, toujours au courant, il était prêt à tenir tête à ses interlocuteurs, quel que fût le terrain sur lequel il était conduit. Arts, sciences, littérature, religion, politique, questions sociales, rien ne lui semblait étranger.

Et l'on ne savait ce qui étonnait le plus en lui, ou de la valeur de ses connaissances, ou du sens critique qui le conduisait comme d'instinct aux solutions justes, ou de la forme merveilleuse, toujours claire, pleine de saillies, que, dans les plus simples causeries, il donnait à sa pensée. Esprit éminemment généralisateur, il saisissait les questions par leur côté le plus large. C'était plaisir de le suivre dans ces hautes envolées où, planant au-dessus des petitesses et des arguties, il s'élevait à ces hauteurs où les vues d'ensemble dominent les faits particuliers et les expliquent.

Un de ceux qui ont le plus joui de son amitié, de sa société et lui ont gardé le plus affectueux souvenir, m'écrivait à ce sujet quelques lignes qui ne seront peut-être pas déplacées ici :

« Ceux-là ne semblent pas avoir complètement connu la puissance de parole d'Ulysse Trélat, qui n'ont pas été admis dans son intimité. Cet homme était l'éloquence même. A table, entouré de sa famille et de deux ou trois amis, cette verve oratoire s'échappait comme malgré lui. Que de fois — en vérité presque chaque fois que j'ai dîné chez lui — j'ai été témoin de ce phénomène. Un sujet quelconque tombait dans l'entretien : chacun disait son mot, soutenait une thèse plus ou moins paradoxale. Trélat se taisait ; mais le bouillonnement intérieur se faisait. On le sentait arriver à ses lèvres ; il lançait d'abord de petites maximes hachées, incisives, s'écoulant comme des filets précurseurs ; puis la phrase et la pensée grondaient, montaient ; sans jamais perdre pour centre le point précis en discussion, le discours s'élargissait ; les images neuves, brillantes, se suivaient, parfois se heurtaient ; la parole allait, de plus en plus chaude, vibrante, abondante ; les sophismes étaient réduits en poudre ; c'était vraiment l'éruption d'un volcan, et c'était aussi la clarté du soleil. Est-il étonnant que, lorsqu'une pareille voix s'est tue, tout, à l'entour de la place demeurée vide, ait semblé morne et décoloré ? »

Ainsi doué, Trélat aurait pu prendre une grande place dans le monde politique, où l'attiraient d'ailleurs des souvenirs paternels, un certain penchant naturel, ses nombreuses et hautes relations. Il ne le voulut pas et ferma toujours l'oreille aux sollicitations qui cherchaient à l'engager dans cette voie. Il avait le sentiment très net qu'il ne pourrait remplir exactement les nouveaux devoirs qu'il s'imposerait, sans sacrifier quelque chose de sa véritable vocation. S'il franchissait volontiers les frontières de la science où il était passé maître, il entendait cependant, et par-dessus tout, rester chirurgien et donner à son art, à ses malades, à ses élèves, le meilleur de son temps et de ses efforts.

Dans une seule occasion, il consentit à abandonner l'hôpital. Ce fut lors de la guerre de 1870. Il crut être plus utile à son pays en portant son activité au dehors. Un des premiers, il partit à la tête d'une ambulance et paya bravement de sa personne en ces jours douloureux, dont il garda un cruel souvenir.

Nul ne ressentit plus vivement que lui les humiliations patriotiques; mais jamais il ne désespéra de l'avenir de la France. Il la voyait d'avance retrempée par l'épreuve, se mettant de nouveau à l'œuvre, et reprenant son rang dans le monde. Sa piété filiale avait vu juste.

Mais ici encore je veux lui laisser la parole. C'était au lendemain de nos désastres. Chargé de vous présenter une analyse des travaux accomplis par la Société de chirurgie pendant l'année terrible, il ne put, au milieu de l'émotion géné-

rale, imposer silence à la sienne, et fit précéder le compte-rendu habituel de ces fortes paroles :

« Toutes les douleurs et tous les deuils ont eu leur retentissement dans ce modeste asile de paix et de science. Sachons en conserver le vivant souvenir. C'est la colonne lumineuse qui désormais doit guider notre marche vers la vraie, la seule vengeance digne d'un grand pays. S'il ne nous est pas donné de l'atteindre nous-mêmes, sachons du moins apprendre à nos enfants qu'il faut remonter péniblement, pas à pas, la rude côte où nous nous sommes laissés choir. Faisons comme le Corse qui lègue à ses fils la vendetta sacrée, et disons-leur : « La vengeance, elle est au bout du chemin, mais ne craignez ni la longueur, ni la fatigue de la route ; car chaque « étape vous donnera plus de vigueur et doublera votre agilité « vers le but... » « Pardonnez à ces paroles, Messieurs », ajoutait-il. « Qui peut échapper aujourd'hui à ces préoccupations ? Et où sont-elles hors de place ? Dans quelque voie que nous soyons engagés, n'avons-nous pas tous senti que notre responsabilité s'est accrue, que nous avons à faire beaucoup, vite et bien ? Tout le monde connaît le mot de Newton, à propos de la pesanteur : « *C'est en y pensant toujours* », disait-il. Mot simple et vrai, dont nous devrions faire désormais notre règle. »

Parlerai-je de l'intégrité de Trélat, de sa probité, de son désintéressement? Peut-être ne serait-il pas nécessaire de rappeler qu'il possédait à un haut degré ces vertus cardinales du médecin, si nous ne vivions en un temps où faire fortune est, dit-on, pour quelques-uns, la préoccupation suprême, et où parfois, pour atteindre le but, on ne se montre pas très scrupuleux sur le choix des moyens. Trélat ne connaît aucune de ces défaillances. Et par là encore il nous laisse un salutaire et fortifiant exemple.

Il était de mœurs simples, conservant au milieu de la grande aisance que lui procurait son travail un train de maison modeste.

Sa vie n'était pas celle de tout le monde. Il se levait tard et avait pour cela une large excuse. Il dormait peu et mal. Tourmenté par les quintes d'une toux dont vous avez encore dans l'oreille les pénibles éclats, il ne trouvait un peu de repos que dans les dernières heures de la nuit. Cette infirmité, qu'aucun traitement ne parvint à atténuer, fut une vraie souffrance. Ceux qui l'ont vu, peu après son lever, en proie à ces horribles secousses qui ébranlaient son corps à le briser, peuvent seuls comprendre ce qu'il lui fallait d'énergie pour aborder sans faiblesse la tâche de chaque jour. Il n'en faisait pas moins son service avec régularité et avec soin ; mais il le commençait tard et sortait tard de l'hôpital. Il fallait ensuite suffire aux devoirs et aux occupations multiples de la journée ; et on avait vite fait de l'accuser d'inexactitude, lorsqu'il ne se montrait pas aussi esclave de la ponctualité que d'autres mieux portants que lui.

Aussi bien, faut-il l'avouer, il n'était pas dans son caractère de se soumettre à des règles rigides. Il s'abandonnait volontiers à la fantaisie du moment, ne résistant pas au plaisir de deviser avec l'ami rencontré au sortir d'une réunion ; tout surpris, au bout de quelques instants, de constater que le temps avait passé ; achevant cependant la phrase commencée, causant encore l'espace d'une cigarette, puis courant au rendez-vous promis, où il arrivait en retard. Parfois aussi on le voyait s'arrêter à l'échoppe d'un marchand de tableaux et de curiosités, découvrant d'un coup d'œil l'objet de valeur, se plaisant à en rechercher l'origine, à l'estimer, le maniant avec la passion d'un fin connaisseur, s'oubliant là plus peut-être qu'il n'eût fallu.

Petits travers que vous me pardonnerez de rappeler ! Ne font-ils pas partie de la physionomie de notre collègue, de cet homme si foncièrement original qui, aux connaissances précises du savant, aux qualités du praticien le mieux pondéré et le plus possesseur de lui-même, joignait l'imprévu, le brillant, ce je ne sais quoi de poétique fantaisie qui est le propre de l'artiste.

Artiste, Trélat l'était dans l'âme. Il avait au plus haut point l'amour du beau, de l'achevé, du parfait sous toutes les formes et dans toutes les branches du savoir humain. Tel nous l'avons vu jusque dans sa pratique chirurgicale, tel il était dans toutes les circonstances de la vie. Il aimait à s'entourer d'objets d'art, de tableaux de maître, de faïences de choix, de belles tentures. Il les admirait chez les autres, au point qu'on a pu lui reprocher plaisamment de sembler prendre plus d'intérêt à la décoration de la chambre qu'au malade pour lequel on l'avait appelé : simple apparence, ai-je besoin de le dire, qui ne pouvait en imposer qu'aux esprits malveillants ou superficiels ! De fait, rien n'échappait à son œil clairvoyant. Une étoffe heureusement drapée, un meuble bien planté et de formes harmonieuses, l'objet le plus simple, pourvu qu'il eût quelque valeur artistique, attirait immédiatement son attention et sa critique. Son goût était sûr, délicat, éclairé. Il n'appréciait pas seulement avec justesse, mais savait donner les raisons de ses préférences ; qualité rare qui rendait sa conversation particulièrement attrayante et, comme l'on dit aujourd'hui, suggestive. Il comptait de nombreux amis parmi les artistes de profession, qui le considéraient comme un des leurs.

Il semble donc que rien ne manquait à Trélat pour réaliser le type de l'homme accompli. Intelligence de premier ordre ; possédant à fond les secrets de la science et les procédés de la pratique ; ouvert aux sensations et aux plus hautes jouissances de l'art ; orateur incomparable et causeur charmant ; maître aimé, écouté, recherché par tous ; ayant à ses côtés, vous me permettrez de le dire, une compagne digne de lui, ferme, soutien et guide sûr dans les jours difficiles, grande artiste elle aussi et maîtresse dans son art, et deux enfants qui ne lui donnaient que de la joie, — son sort n'était-il pas de tous points enviable ? ne devons-nous pas, en déplorant sa disparition avant l'heure, reconnaître au moins que les jours qu'il passa sur cette terre furent ceux d'un homme heureux?

Et pourtant Trélat ne fut point un heureux.

« Sa nature inquiète », disait de lui un ami qui le connaissait bien, « toujours en quête du mieux, lui avait refusé cette sereine philosophie qui n'attend de la vie que ce qu'elle peut donner. » Il aspirait toujours plus haut pour lui-même, pour les siens, pour son pays, et souffrait de voir la réalité répondre si mal à ses désirs. Plaignons-le, messieurs, ne le blâmons pas. « La nature de l'homme », a dit un grand écrivain contemporain, « est composée d'aspirations infinies que notre condition présente ne peut satisfaire. » Bien peu ont le sentiment et le souci de cette impuissance. Les âmes bien nées, éprises d'idéal, connaissent seules d'aussi nobles tourments. Trélat appartenait à cette élite.

Peu de temps avant sa mort il eut une vraie joie. A l'occasion de sa nomination au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur, un banquet lui fut offert, où se pressèrent en foule ses élèves, ses amis, ses collègues. Il en éprouva une satisfaction profonde. Il sentait, comme le lui disait dans une chaude allocution son plus ancien camarade et son plus fidèle ami, qu'en un tel jour on ne rendait pas seulement hommage à sa grande autorité de savant et chirurgien, mais aussi « à sa réputation d'intégrité et de de justice, à sa droiture et à l'élévation de son caractère, à son absolue probité scientifique et professionnelle. »

Jamais éloge ne fut plus mérité. Trélat nous a quittés, laissant un nom glorieux et sans tache. Aussi n'est-il pas mort tout entier. Son souvenir bienfaisant nous reste et ses œuvres le suivent.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 20. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Dejerine, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fourni[er], Straus, Gaucher.

MARDI 21. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Debove, Ball[et], Charrin. — 3e Définitif d'Officiat. Charité : Cornil, Schwart[z], Maygrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Guyon, Le Dentu, Brun.

MERCREDI 22. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Ricard, Varnier.

JEUDI 23. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pana[s], Tarnier, Albarran.

VENDREDI 24. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Ti[l]laux, Poirier, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie, Charité : MM. Marchand, Jalaguier, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Potain, Brissaud, Chauffard.

Samedi 25. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Nélaton, Albarran — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Charrin, Roger. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Quénu.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 22. — M. Camescasse. Choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus. — M. Carre. Rétrécissement dit syphilitique du rectum.

Jeudi 23. — M. Gerbier. Contribution à l'étude des phlegmons du cou. — M. Poivet. Traitement chirurgical des anévrysmes de l'artère innominée, par la méthode de Brasdor. — M. Peyré. Etude clinique de la péricardite aiguë chez les enfants. — M. Slussareff. Symptômes et le diagnostic différentiel de la tuberculose aiguë à forme de fièvre typhoïde. — M. Lebon. Etude sur la stomatite herpétique chez les enfants. — M. Breton. Etat mental dans la chorée de Sydenham. — M. Vernhes. Le régime lacté dans les maladies organiques du cœur. — M. Soupault. Dyspepsies nerveuses.

FORMULES

XI. — Tænia des Enfants.

(Baumel.)

Huile éthérée de fougère mâle. .	3 gr.
Sirop de térébenthine.	ãã 25 gr.
Eau distillée	
Gomme arabique pulvérisée. . .	2 gr.

A prendre, en une seule fois, dans une quantité égale de lait et deux heures après :

Huile de ricin.	15 gr.

(*Journal de Paris.*)

XII. — Traitement de la Coqueluche.

Voici le traitement que M. Liebermeister recommande : 1° Pendant la période catarrhale : repos au lit et administration par cuillerée à café, toutes les heures ou toutes les 2 heures, de la potion suivante :

Soufre doré d'antimoine	0 gr. 50
Mucilage de gomme	20 — »
Eau distillée	50 — »
Sirop simple	20 — »

2° Dans la phase convulsive : inhalations avec la solution de phénate de soude, de bromure de potassium ou de salicylate de soude, potion à la cochenille et au carbonate de potasse ; combattre les accès de toux par les narcotiques (opium), les anesthésiques (morphine), ou les inhalations de 10 à 20 gouttes sur un mouchoir du mélange suivant :

Ether sulfurique	4 parties
Essence de térébenthine	1 —

Il prescrit encore la quinine et, dans la journée, *deux* à *six* cuillerées à thé d'une potion ainsi composée :

Extrait de belladone	0 gr. 50
Sirop d'ipécacuanha.	15 — »
Vin stibié	10 — »
Eau distillée	150 — »

3° Renouvellement de l'air, déplacement et séjour à la campagne.

XIII. — Nouveaux crayons médicamenteux à l'Ichthyol pour pansements intra-utérins.

(Hirigoyen).

Ces crayons sont composés d'après la formule suivante :

Sublimé.	0 gr. 01
Ichthyol	0 gr. 20
Talc	0 gr. 65
Gomme	0 gr. 04
Glycérine	0 gr. 05
Eau	0 gr. 05
Total.	1 gramme.

Suivant cette proportion, on peut faire des crayons pesant de 1 à 2 grammes, selon le volume, assez souples et suffisamment résistants, grace au mélange du talc, de la gomme et de la glycérine auquel le préparateur s'est arrêté, après de nombreux essais, afin d'obtenir les conditions physiques nécessaires pour l'usage des crayons intra-utérins. (*Gaz. heb. Sc. méd. de Bordeaux.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 5 févr. 1893 au samedi 11 févr. 1893, les naissances ont été au nombre de 1276 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 461 ; illégitimes, 189, Total, 650. — *Sexe féminin :* légitimes. 435 ; illégitimes, 191. Total, 626.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 févr. 1893 au samedi 11 févr. 1893, les décès ont été au nombre de 985 savoir : 534 hommes et 451 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5 F. 8, T. 13. — Variole : M. 0. F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 3, F. 0, T. 2. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 9, F. 6, T. 15. — Diphtérie, Croup : M. 11, F. 10, T. 21. — Affections cholériformes : M. 0, F. 0. T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 119, F. 73, T. 192. — Méningites tuberculoses : M. 7, F. 10. T. 17. — Autres tuberculoses : M. 0, F. 2. T. 11. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 17, T. 33. — Méningite simple : M. 12, F. 10, T. 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 30, T. 56. — Paralysie, M. 4, F. 3, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 5 F. 3, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 33, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 15, F. 12, T. 29. — Bronchite chronique. M. 25, F. 19, T. 44. — Broncho-Pneumonie : M. 30, F. 22, T. 52, — Pneumonie : M. 34, F. 36, T. 70. — Autres affections de l'appareil respiratoire ; M. 25, F. 27, T. 52. — Gastro-entérite, biberon : M. 22, F. 23, T. 45. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. Débilité congénitale : M. 12, F. 7, T. 19. — Sénilité : M. 10, F. 17, T. 27. — Suicides : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres morts violentes M. 9, F. 5, T. 14. — Autres causes de mort : M. 75, F. 61, T. 136. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 16. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 18, illégitimes, 11. Total : 29.

École de médecine de Caen. — M. le Pr Bourienne est prorogé dans ses fonctions de directeur de l'École.

École de médecine de Tours. — M. le Pr Herpin est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

Banquet Dujardin-Beaumetz. — Les élèves et les amis de M. le Dr Dujardin-Beaumetz ont décidé de lui offrir une fête, à l'occasion de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur. M. Dujardin-Beaumetz étant en ce moment absent de Paris, cette fête (un banquet suivi d'un concert) ne pourra avoir lieu qu'à son retour, c'est-à-dire du 8 au 12 mars prochain Le prix de la cotisation est de 25 fr. Une nouvelle circulaire, indiquant le lieu et le jour de la fête, sera adressée fin février, à tous les adhérents. Envoyer son adhésion au Dr Bardet, 20, rue de Vaugirard, ou au Dr Dubief, 8, rue Taylor, ou au Dr Touvenaint, 66, rue de Rennes.

Congrès de la Société allemande de Gynécologie. — Le cinquième Congrès de la Société allemande de Gynécologie se tiendra à Breslau du 25 au 27 mai prochain. Questions mises à l'ordre du jour : 1° *La symphyséotomie* ; 2° *Les opérations sur les annexes : technique et résultats.*

Congrès de médecine interne. — Le 12e *Congress fur innere Medicin* aura lieu du 12 au 15 avril 1893, à Wiesbaden, sous la présidence de M. Immermann (Basel). Communications annoncées : 1re Séance (le 12 avril) : *Die Cholera*, Rapp. MM. Rumpf (Hamburg) et Gaffky (Giessen). Le 3e jour (le 14 avril) : *Die traumatischen Neurosen*. Rapp. MM. Strumpell (Erlangen) et Wernicke (Breslau). — Divers : M. v. Ziemsssen (Munchen) : *Ueber parenchymatose Injectionen bei Tonsillen-Erkrankungen.* — M. Emmerich (Munchen) : *Die Hirstellung, Conservirung und Verwerthung des Immuntoxinproteins* (Immunproteidins) *zur Schutzimpfung und Heilung bei Infections-krankheiten.* — M. Adamkiewicz (Krakau) : *Ueber den Krebs und seine Behandlung.* — M. v. Jaksch (Prag) : *Zur Chemie des Blutes.* — M. v. Mering (Halle) : *Ueber die Function des Magens.* — M. Fleiner (Heidelberg) : *Ueber die Behandlung einiger Reissercheinungen und Blutungen des Magens.* — M. Pollatschek (Karlsbad) : *Haben die Karlsbader Wasser ekkoprotische Wirkung ?* — M. Rosenfeld (Breslau) : *Ueber Phloridzinwirkung.* — M. Koeppe (Reiboldsgrün) : *Ueber Blutuntersuchungen im Gebirge.*

Congrès français de Chirurgie. — La septième session du *Congrès français de Chirurgie* s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 3 avril 1893, à 9 heures, sous la présidence de M. le Pr Lannelongue. La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures. Deux questions ont été mises à l'ordre du jour de la session : 1° *Les tumeurs fibreuses de l'utérus*; 2° *Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied*. Les membres du Congrès doivent envoyer, le 15 février au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Félix Alcan, éditeur du Congrès, 108, boulevard Saint-Germain.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — M. le Dr Périer, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, a été désigné par des collègues pour remplacer M. Horteloup comme membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

La Variole au Japon. — Une épidémie de petite vérole sévit actuellement à Kobé (Japon) : il y a eu dans les deux dernières semaines 340 cas, dont 149 mortels.

Dispensaire Leprévost au Havre. — On nous écrit du Havre que les sommes recueillies jusqu'ici dans le but d'ériger un monument à notre regretté collègue Leprévost seront destinées à la fondation d'un Dispensaire qui portera son nom. Nous nous empressons de faire part de ce changement aux personnes qui nous ont adressé déjà leur cotisation et à celles qui auraient l'intention de contribuer à cette œuvre. (M. B.)

Hospice National des Quinze-Vingts.— *Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts.* — Extrait d'une statistique : De 1891 à 1892, à la *Clinique externe*, il y a eu 456,658 consultations données et 114,029 individus *soignés*. A la *Clinique interne* il y a eu 120,456 consultations données et 11,131 malades *opérés*, soit : 6,001 hommes, 4,283 femmes et 847 enfants.

Hopitaux de Grenoble. — Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Grenoble s'ouvrira, dans cette ville, le 6 novembre 1893.

Hopitaux de Bruxelles. — Un service clinique de gynécologie vient d'être créé dans les hôpitaux civils de Bruxelles. M. le Dr E. Rouffart est nommé titulaire de cette clinique.

Hôpital français de Londres. — Le 25e banquet annuel de l'Hôpital français de Londres a eu lieu la semaine dernière au Métropolitain-Hôtel, sous la présidence de M. Waddington, ambassadeur de France, à la droite duquel se trouvait placé M. Stuart Knill, lord maire de Londres. Le nombre des assistants s'élevait à environ 250. Portant le toast à la reine, l'ambassadeur a rappelé que la reine Victoria était un modèle de souverain constitutionnel. Il a étendu ce toast au prince et à la princesse de Galles et à toute la famille royale. Portant ensuite la santé de M. Carnot, M. Waddington a dit que le nom du président de la République est un symbole d'honneur, de probité et de patriotisme. Le toast au lord-maire et à l'ambassadeur de France ont été chaleureusement accueillis. La souscription, dont le banquet annuel est le prétexte, a réuni 2,200 livres sterling.

La loi sur l'Assistance médicale gratuite au Sénat. — A l'une des récentes séances du Sénat, M. Théophile Roussel a déposé un rapport sur l'Assistance médicale gratuite. Il a conclu à l'adoption du projet de la Chambre.

Les Universités aux États-Unis. — Nous avons eu plus d'une occasion d'insister sur le magnifique développement des Universités américaines, progrès dus, la plupart du temps, à l'admirable générosité avec laquelle elles sont soutenues par leurs protecteurs En voici de nouveaux exemples : L'Université de Chicago, qui doit déjà 13 millions à M. J.-D. Rockefeller, en a reçu récemment encore un don de 5 millions. A l'heure présente, la valeur totale des propriétés de l'Université atteint la somme de 35 millions. Son chef compte qu'avec le temps elle arrivera à posséder une série de monuments aussi imposante que la merveilleuse série des collèges d'Oxford et de Cambridge. D'autre part, M. P.-D. Armour vient de faire à la même ville de Chicago un cadeau de 7.500,000 fr., sous la forme d'un batiment qui portera le nom d' « Armour Institute », et qui sera une institution d'enseignement. M. Armour voudrait en faire l'école de sciences et d'Arts la plus importante de l'Amérique. Il va de soi qu'un budget annuel est nécessaire, et M. Armour a ajouté à son don une somme de 7 millions de francs à cet effet. Le nouvel Institut se garnit rapidement de livres et d'instruments et ouvrira sans doute ses portes aux élèves en septembre (*Cosmos*).

Les Universités en France —*Leur personnalité*.—M. Dupuy, ministre de l'instruction publique, a proposé à la commission du budget, qui l'a approuvé, d'insérer, dans la loi de finances pour 1893, une disposition accordant la personnalité civile au groupement des Facultés siégeant dans une même ville, sans que cela porte atteinte à la personnalité civile que chaque Faculté possède déjà isolément. Le conseil général des Facultés de chaque groupement administrerait le budget commun. Cette mesure, d'après le ministre, ne préjuge pas la solution de la question de création des Universités, car elle a été réclamée au Sénat même par les orateurs opposés à la création des Universités.

Choléra a Marseille. — Vendredi dernier, à Marseille, il y a eu 54 décès, dont 9 suspects. Parmi ces derniers, 3 se sont produits à l'hôpital de la Conception. M. le Dr Thoinot a quitté Marseille.

De Marseille on n'a signalé ces jours derniers aucun cas suspect nouveau ni en ville ni dans les hôpitaux. La Santé continue à délivrer patentes nettes.

Mesures sanitaires en France.— On écrit de Port-Vendres que l'agent sanitaire principal de cette ville vient de recevoir du directeur de la santé, à Cette, un avis qui l'informe qu'à l'avenir tous les bateaux provenant de Marseille devront être soumis à la visite sanitaire et à la désinfection.

Mesures sanitaires en Espagne. — Les mesures sanitaires sont rétablies à la frontière espagnole pour les provenances de Marseille. Le sous-secrétaire d'Etat à l'intérieur d'Espagne vient d'adresser le télégramme suivant au docteur Amer (de Figuères), médecin chef du service sanitaire à la gare internationale de Port-Brou : « Soumettez à la désinfection les marchandises de ce pays, contaminé par le choléra, d'après l'article 41 de la loi sanitaire en vigueur en Espagne. Prohibez l'entrée des chiffons, de la literie et des fruits et légumes verts poussant au ras du sol ou s'élevant peu au-dessus de son niveau et provenant de cette ville. En outre, les voyageurs seront soumis à l'inspection médicale. » Les mêmes mesures seront prises aux postes de la Junquera, de Puigcerda et de Livia. La *Gaceta* a publié un ordre royal déclarant infectées les provenances de Marseille.

Mesures sanitaires en Italie. — Le ministre de l'intérieur d'Italie a fait savoir à notre ambassadeur à Rome que la visite médicale serait de nouveau exigée pour les navires provenant des ports français de la Méditerranée. Les objets salis seront soumis à la désinfection à la frontière italienne. Quant aux objets de literie l'introduction en est absolument défendue.

Mesures sanitaires en Turquie.— L'ambassadeur de France à Constantinople vient d'informer le ministre des affaires étrangères que le conseil sanitaire ottoman a supprimé la quarantaine imposée à la frontière de terre à Mustapha (Roumélie). Les effets des voyageurs seulement sont soumis à la désinfection. Il a également réduit à 24 heures d'observation la quarantaine imposée aux provenances du littoral de la mer Noire depuis Soukhoum-Kalé, en Russie, jusqu'à Ordon, en Turquie.

Mission scientifique. — M. le Dr Charles Chauvet, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon, est chargé d'une mission scientifique en Russie, particulièrement à Saint-Pétersbourg, Moscou et Kiew, à l'effet d'étudier la fréquence, les causes et le traitement de la neurasthénie.

Service de santé militaire.— *Nominations.*— Ont été promus dans le cadre des officiers de réserve au *grade de médecin aide-major de 2e classe* : les docteurs en medecine, MM. Willemin, Garcin, Sauvineau, Monnier, Papillon, Menard, Gastel, Colas, Charrin, Mallet, Dorel, Brodu, Le Joubioux, Baumann, Tulasne, Capony, Chabory, Louazel, Redureau, Chevallier, Callégari, Roux, Teyssèdre, Levadoux, Ogier, Péchaud.

Service de santé de la marine. — *Mutations.* — M. le médecin de 1re classe Palud est destiné au *Cosmao*, dans l'escadre de la Méditerranée ; M. le médecin de 1re classe Le Quément est destiné au service à terre en Cochinchine ; M. le médecin de 1re classe Grognier est destiné pour servir en Cochinchine en remplacement de M. Reynaud ; M. le médecin de 1re classe Leclerc est dirigé sur Toulon pour y embarquer sur le *Cécille*. M. le médecin de 1re classe Brancllec prend les fonctions de médecin-major de l'arsenal ; M. le médecin de 2e classe A. Den... est destiné pour servir au bataillon d'apprentis fusilliers, à Lorient, en remplacement de M. Vergues.

Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. — *Prix de la Société.* Ce prix, d'une valeur de 1,000 francs, sera décerné en 1894 au meilleur mémoire sur la question suivante *Traitement chirurgical du cancer de l'estomac*. Les mémoires écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, franco de port, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 31 janvier 1894, limite de rigueur. Les membres associés residants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concourrents sont tenus de ne point se faire connaître chaque Mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du

concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — Cette Société se réunira le vendredi 12 mai, à 9 heures du matin, au palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris. Le titre des communications devra être adressé, *avant le 25 avril*, au secrétaire général. A sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes : 1° *Traitement de l'otorrhée;* rapporteurs : MM. Miot (de Paris); Polo (de Nantes); 2° *Traitement de la tuberculose laryngée;* rapporteurs : MM. Garel (de Lyon); Moure (de Bordeaux); Castex (de Paris); 3° *Affections des cavités accessoires du nez;* rapporteurs : MM. Cartaz (de Paris); Lacourret (de Toulouse).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Georges PICHON, ancien interne des Hopitaux de Nantes, ancien aide de Clinique ophtalmologique à l'Ecole de médecine de cette ville, ancien interne des Asiles d'aliénés de la Seine, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, médecin du Bureau de Bienfaisance du XIVe arrondissement, décédé le 13 février 1893, à l'age de 33 ans. Pichon fut un de mes camarades d'internat dans les hôpitaux de Nantes et cette mort prématurée étonnera ses amis qui l'avait perdu de vue depuis quelque temps. On lui doit plusieurs ouvrages appreciés sur les maladies de l'esprit, le morphinisme, etc.; sa thèse est bien connue de tous les spécialistes. (M B.). — M. le Dr Paul-Charles DECAYE, décédé subitement le 4 février 1893, à Paris, dans sa 44e année. — M. le Dr L. DARCY (de Saint-Firmin-les-Près). — M. le Dr Francisque GARNIER (de Lyon). — M. Jules GOUJARD, etudiant en medecine, décédé des suites d'une péritonite. — M. Jules PARENT, pharmacien à Nangis, décédé à 26 ans, ancien élève de la Faculté de Lille. — M. le Dr BERSONNET (de Paris). — M. le Dr AUBERT (de Macon). — M. le Dr PROUFF (de Saint-Brieuc). — Un étudiant polonais, M. Louis SAVITZKI, attaché au laboratoire de M. le Pr Mathias Duval, s'est empoisonné en absorbant un flacon de strychnine. Il était rentré chez lui, samedi après-midi, et n'avait plus reparu. La concierge s'est décidée, mercredi soir, à informer le commissaire de police du quartier du Jardin-des-Plantes, qui fit ouvrir la porte et trouva M. Savitzki étendu mort sur son lit. Peu de temps avant sa mort, M. Savitzki, qui avait été condamné dans un procès politique étant étudiant à Varsovie, aurait eu des demelés avec un de ses compatriotes.

Il a été fondé à Arcachon, il y a 3 ans, une maison de santé et d'éducation « *les Abeilles* », dans le but d'y recevoir des jeunes filles ou enfants delicats. D'apres les attestations médicales et familiales, que nous avons eues sous les yeux, nous pouvons affirmer à nos lecteurs que leurs enfants trouveront dans cet etablissement les soins les plus éclairés et les mieux entendus. La directrice, Mme H. Dubois, a pu cette année adjoindre aux avantages déjà acquis le benefice de la gymnastique suedoise comprenant le massage. A cet effet, elle a fait venir de Stockolm une gymnaste expérimentée. Cette médication, jointe au bon air et au climat privilégié d'Arcachon, peut amener pour les constitutions debiles des résultats inesperés. Pour renseignements plus détaillés, s'adresser soit à la Directrice, soit aux principaux médecins d'Arcachon, les Drs Hameau, Lalesque, Festal.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. le Dr CHARCOT. Leçons le mardi à 9 heures 1/2. — *Maladies nerveuses et mentales.* — MM JOFFROY et Jules VOISIN : le jeudi et samedi de chaque semaine a 9 h. 45.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Albert ROBIN. — (*Semestre d'hiver*). vendredi à 9 1/2 : Leçons sur les maladies de l'estomac : Clinique et thérapeutique. Mercredi a 9 h. : Examen des malades nouveaux. Lundi et samedi : Conférence clinique. — (*Semestre d'Ete*). Vendredi a 9 1/2 : Leçons de chimie pathologique appliquee à la thérapeutique. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr RECLUS (Amphithéâtre no 3), le jeudi à 9 heures. Mardi et samedi, leçons cliniques au lit du malade.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. le Dr DE BEURMANN : Affections vénériennes et syphilitiques, le lundi à 10 heures.

HOSPICE DE BICETRE. — *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux* : M. DEJERINE, mercredi a 10 h. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, mercredi a 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h.

HOPITAL LARIBOISIERE. — M. le Dr F. RAYMOND : Conferences cliniques sur les maladies du systeme nerveux, le jeudi, a 10 heures du matin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — *Service de M. le Dr* RICHELOT. — M. RICHELOT : leçons cliniques le mercredi, à 9 heures et demie. Les travaux du service sont organisés comme il suit : *Lundi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Mardi* : Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (Salle Denonvilliers). — *Mercredi* : Leçon clinique à l'amphithéatre. — Opération. — *Jeudi* : Opération abdominale (Chalet). — *Vendredi* : Opération à l'amphithéatre. — Consultation externe. — *Samedi* : Opérations abdominales (Chalet). — *Service de M. le Dr* BAR, visite chaque matin à 9 h.; — lundi et vendredi, à 10 h., leçons théoriques sur la grossesse et l'accouchement, par le Dr Tissier ; — conférences au laboratoire par le Dr Rénon.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le Dr P. BUDIN : leçons de *clinique obstétricale* le jeudi, à 10 heures du matin (Amphithéatre Velpeau).

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES (149, rue de Sèvres). — *Chirurgie infantile. Orthopédie.* — M. le Dr de SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital, a repris le jeudi 16 février, à 9 heures, ses leçons cliniques; il les continuera les jeudis suivants. Ces leçons seront exclusivement consacrées à la thérapeutique des affections chirurgicales de l'enfance. Depuis le 1er fevrier, M. MARFAN, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies de l'enfance, fait des leçons à l'hopital des Enfants-Malades, à quatre heures de l'après-midi, les mardis et samedis.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. HALLOPEAU : le dimanche, à 9 heures 1/2, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques.

HÔPITAL DU MIDI. — M. le Dr HUMBERT, chirurgien de l'hôpital du Midi, conférences cliniques le mardi, à 9 h. 1/2.

VIN AROUD (*viande, quina et fer*). — Régénérateur puissant pour guérir : *chlorose, anémie profonde, menstruations douloureuses, rachitisme, affections scrofuleuses, diarrhées.*

Anorexie. — Dyspepsie (ELIXIR GREZ).

Albuminate de fer Laprade (LIQUEUR LAPRADE). *Chloro-Anémie.*

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase.*

Phthisie, Bronchites chroniques. — EMULSION MARCHAIS.

VALS PRÉCIEUSE Foie, Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

JANOT (Ch.). — Contribution à l'étude des rapports morbides de l'œil et de l'utérus, Œil utérin. Vol. in-8° de 155 pages. . 2 fr. 50

MORIN (Ch.). — Structure anatomique et nature des individualités du système nerveux (Anses réflexes physio-psychiques). Vol. in-8° de 143 pages, avec 10 planches hors texte. Prix. . 4 fr.

PAUSIER (P.). — Les manifestations oculaires de l'hystérie. Vol. in-8° de 171 pages, avec 2 planches hors texte. Prix. . 3 fr. 50

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

BÉRIER (C.). — Bactériologie de la grippe. Brochure in-8 de 103 pages. — Prix. . . . . 2 fr. 50

BIETRIX (A.). — Le thé (Botanique et culture, falsifications et richesse en caféine des différentes espèces). Volume in-12 de 160 pages, avec 27 figures. — Prix. . . . . 2 fr.

BOCQUILLON-LIMOUSIN (H.). — Formulaire de l'antisepsie et de la désinfection. Volume in-12 cartonné de 298 pages, avec 14 fig. — Prix. . . . . 3 fr.

CULLERRE (A.). — La thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, à la chirurgie, à l'obstétrique et à la pédagogie. Volume in-12 de 318 p. — Prix. 3 fr. 50

FABRE (J.). — De la contagion du cancer Volume in-8 de 183 pages. — Prix . . . . 4 fr.

GUINARD (L.). — Précis de tératologie (Anomalies et monstruosités chez l'homme et chez les animaux) précédé d'une préface par le Dr C. Dareste. Volume in-12 de 552 pages, avec 272 figures. Prix. 8 fr.

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE, 14, Boulevard Saint-Germain, Paris.

DELAGENIÈRE (H.). — Traitement de l'ouraque dilaté et fistuleux par la résection et la suture. Brochure in-8 de 11 pages. — Paris, 1892.

BOIFFIN (A.). — Traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique. Brochure in-8° de 32 pages, avec 4 figures dans le texte. — Paris, 1892.

JABOULAY. — La gastro-entérostomie (La Jéjuno-duodénostomie, la résection du pylore). Brochure in-8° de 22 pages, avec 4 figures dans le texte. — Paris, 1892.

LIBOUROUX — Nouveau traitement du psoïtis et des abcès pelviens par le drainage trans-iliaque. Brochure in-8° de 9 pages. — Paris, 1892.

POUZET. — Un cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire. Laparotomie et entérostomie Guérison Brochure in-8° de 5 pages avec 2 figures. — Paris, 1892.

LEMOIN (D.). — Lipome périméningé simulant un spina bifida. Brochure in-8 de 5 pages. — Paris, 1892.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

YVON (P.). — Manuel clinique de l'analyse des urines. Volume in-12 cartonné de 426 pages, avec 53 figures et 9 planches hors texte. Prix. . . . . 7 fr. 50

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS, XIe année, 1890. Volume in-4° de 904 pages. — Prix. . . . . 6 fr.

BERGONIÉ (J.). — Physique du physiologiste. Tome I. Volume in-12 de 180 pages. Prix. . . . . 2 fr. 50.

BERTILLON (J.). — La grippe à Paris et dans quelques autres villes de France et de l'étranger. Brochure in-8° de 32 pages.

CHARPENTIER. — Les folies du caractère et leurs rapports avec les asiles spéciaux. Brochure in-8 de 19 pages.

CHEVALIER (J.). — L'Inversion sexuelle. Volume in-12 cartonné de XXIV-520 pages. — Prix. . . . . 5 fr.

HACCIUS (Ch.). — Variolo-vaccine (Contribution à l'étude des rapports qui existent entre la variole et la vaccine. Réponse à M. le Pr Chauveau. Volume in-8 de 89 pages, avec 16 planches hors texte.

LACASSAGNE (A.). — Vade-mecum du médecin-expert. Volume in-12 cartonné de 271 pages. — Prix. . . . . 5 fr.

LACOMPTE (C.). — Quelques notions d'hygiène oculaire à l'usage des familles, pensionnats, etc. Brochure in-8 de 31 pages.

LECERCLE (L.). — Traité élémentaire d'électricité médicale avec les principales applications à la physiologie et à la thérapeutique. Volume in-8° de 407 pages. — Prix. . . . . 8 fr.

LE DENTU (A.). — Études de clinique chirurgicale (Année scolaire 1890-1891). Volume in-8 de 302 pages, avec 36 figures. — Prix. 8 fr.

LICHTWITZ (L.). — De la fréquence de l'empyème latent bilatéral de l'antre d'Highmore et de la nécessité du lavage explorateur méthodique de cette cavité dans les cas de blennorrhée nasale. Brochure in-8 de 16 pages.

MOELLER. — Traité pratique des eaux minérales et éléments de climatothérapie. Volume in-8 de 542 pages. — Prix. . . 15 fr.

TREILLE. — Note sur l'hygiène au Sénégal. Brochure in-8 de 36 pages, avec 3 figures.

WURTZ. — Technique bactériologique. Volume in-12 de 192 pages. Prix. . . . . 2 fr. 50.

BETTIGER (A.). — Trional als Hypnoticum. Brochure in-8° de 13 pages. — Berlin, 1892. — Gedruckt bei L. Schumacher.

GILLET (H.). — Kystes des ganglions lymphatiques. Brochure in-8° de 16 pages. — Paris, 1892. — *Annales de la policlinique de Paris.*

ANTONINI (G.) — Paranoia affetiva, ruminazione erotica, sitofobia gran. Brochure in-8° de 8 pages. — Torino 1892. — *Gazzetta medica di Roma.*

ERLENMEZER. — Klinisch beitrag zur Lehre von der congenitale syphilis und über ihen zusammentang mit imigen Gehirn-und Nervenkrankheiten. Brochure in-8° de 20 pages. Chez l'auteur à Bendorf-sur-Rhein.

GARNIER (S.). — Etude sur la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution. Brochure in-8 de 73 pages. — Paris, 1892. — Librairie A. Rousseau.

GARNIER (S.). — Asile départemental d'aliénés de Dijon. — Rapport médical (Compte moral et administratif présenté pour l'année 1891). Brochure in-8 de 106 pages. — Dijon, 1892. — Imprimerie Carré.

LARDIER. — Assistance publique. Les hôpitaux fermés aux petits enfants et aux nourrices. Paris, domicile de secours. Brochure in-8 de 10 pages. — Epinal, 1892. — Imprimerie Fricotel

ROBERTS (W.) — Croonian lectures 1892. On the chemistry and therapeutics of uric gravel and gout. Volume in-12 cartonné de 136 pages. — London, 1892. — Smith, Elder and Cie.

LEGAY. — Le lait stérilisé. A propos d'un nouveau stérilisateur. Brochure in-8° de 24 pages. Lille, 1892. — Typographie *Le Bigot.*

MILVILLE (M.). — Société de prévoyance et chambre syndicale des pharmaciens. Constitution du comité disciplinaire. — 1892-1893. — Paris, 1892. — Imprimerie E. Duruy.

POZO. — De la pulvérisation dans le traitement de la diphtérie: présentation d'un appareil. Brochure in-8° de 6 pages. — Paris, 1892. — Extrait de la *Revue de la laryngologie.*

PORET. — Asile d'aliénés de Rennes (Compte rendu du directeur). Brochure in-8 de 10 pages — Rennes, 1892. — Chez l'auteur.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 8. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 25 FÉVRIER 1893.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Deux cas de bégaiement hystérique chez des dégénérés ;

par le Dr L. CHABERT (de Toulouse), médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre.

C'est seulement en ces dernières années que l'on a rapporté à l'hystérie certains cas de vice de l'articulation des mots. Aussi, les travaux publiés sur la matière sont peu nombreux ; ils se résument en deux communications de M. G. Ballet à la Société médicale des hôpitaux (1), en une étude du même, avec la collaboration de M. P. Tissier, parue dans les Archives de Neurologie (2), et en une leçon clinique de M. le Pr Pitres (3).

Pour M. G. Ballet, le bégaiement hystérique serait caractérisé par la présence chez le malade de stigmates sensitivo-sensoriels ; par le trouble de la parole qui consisterait d'abord en une émission très lente des sons et en la répétition des premières syllabes des mots ; par son apparition brusque, consécutive le plus souvent à une attaque convulsive, que le trouble s'établisse d'emblée ou par crises ; enfin, on l'observerait le plus habituellement chez l'adulte.

M. Pitres, tout en acceptant ces données, se montre moins absolu. Pour cet auteur, le bégaiement peut constituer la seule manifestation symptomatique de l'hystérie; il peut se développer tout à coup dans le bas âge à la suite d'une vive émotion, d'un traumatisme ; il guérirait, par les moyens les plus simples, la gymnastique vocale, par exemple.

A ces quelques points se trouve limitée l'histoire du bégaiement hystérique.

En publiant les deux observations qui suivent, notre intention est de montrer que le bégaiement hystérique est loin de présenter des caractères univoques ; elles établissent encore la coexistence du trouble du langage articulé avec des mouvements involontaires associés ou isolés ; son existence avec des signes de dégénérescence parfaitement définis ; enfin, l'une d'elles témoigne que le vice d'articulation peut ne porter que sur un seul idiome.

OBSERVATION I. — R... G..., 14 ans. — *Antécédents héréditaires.* — Père, âgé de 51 ans, bonne santé, habitudes régulières, très intelligent, caractère irritable, recherchant la contradiction, chez lequel, en dehors des affaires de son commerce, l'attention est difficilement captivée ; en un mot, « toujours en l'air ». Jeune, perdait connaissance à tout propos ; la vue du sang, une querelle, une chute déterminaient cet état. Au physique, bien conformé, mais tête en forme de boule. Comme traits distinctifs, parle avec une grande volubilité, est très méfiant de sa nature, doute même des affirmations de ses proches.

Mère, 53 ans, taille au-dessus de la moyenne, même conformation spéciale de la tête, enjouée, intelligente, s'exprime avec une grande rapidité et force gestes, redisant souvent les mêmes choses ; originale dans la manière de se vêtir ; n'a jamais fait de maladie grave ni présenté d'attaques convulsives. Mariée à un cousin germain, elle a eu trois enfants : deux filles et un garçon. Les deux filles ont 26 et 22 ans ; toutes deux sont très émotives, migraineuses, d'un caractère gai ; l'aînée est sujette à des pertes de connaissance qui surviennent à la suite de la moindre contrariété et sont précédées d'une sensation de boule. Le garçon est l'objet de cette observation.

Les grands-parents sont morts à un âge avancé. On ne relève chez eux ni tuberculose, ni arthritisme, ni maladie nerveuse, à l'exception de la grand'mère maternelle qui a présenté longtemps des attaques convulsives d'hystérie. Il n'y a jamais eu de bègues dans la famille.

Antécédents personnels et histoire de la maladie. — G... est un garçon suffisamment développé pour son âge ; intelligent, laborieux, il occupe dans sa classe un bon rang. Il s'est toujours montré affectueux pour les siens. De tout temps, il a été espiègle ; son bonheur consiste à taquiner sa mère, ses sœurs ; il n'a de trêve que lorsqu'il a lassé leur patience. Par contre, il ne supporte pas d'être contrarié, manifeste des impatiences, voire des colères pour les motifs les plus futiles. Sa naissance a eu lieu à terme ; lorsqu'il a été conçu, sa mère avait environ 39 ans. Dans son enfance, pas de convulsions ; la dentition s'est faite sans incident. A 6 ans, fièvre typhoïde bénigne ; quelques mois plus tard apparaissaient des céphalées périodiques et du bégaiement.

Les céphalées consistaient en des maux de tête occupant la région frontale qui enlevaient tout entrain à l'enfant, mais sans lui arracher le moindre cri de souffrance; elles survenaient tous les 4 à 5 jours, se produisaient régulièrement le soir vers les 5 heures, duraient une demi-heure et se jugeaient par des épistaxis peu abondants. Le mal de tête dissipé, il restait une lassitude générale qui faisait contraste avec la turbulence habituelle de l'enfant. Les maux de tête, en dépit de tous les traitements, ont persisté plusieurs années.

Le bégaiement paraît avoir été contemporain des céphalées. Au début, il s'est traduit par des hésitations de la prononciation qui se manifestaient au cours de la récitation. Les maîtres, croyant à des leçons imparfaitement sues, n'épargnèrent pas les réprimandes, aussi la situation ne fit qu'empirer. Quelque temps après, le vice d'articulation présentait les caractères suivants : le trouble consistait en un spasme des muscles phonateurs qui se produisait sur l'émission des syllabes placées au commencement ou au milieu des mots ; il en résultait un arrêt net de la parole et la langue s'appliquait contre la voûte palatine. Pour faire cesser le spasme, l'enfant était obligé de reprendre la phrase ou bien de revenir de quelques mots sur son récit, cela parfois à plusieurs reprises, jusqu'au moment où, par une sorte d'effort, la difficulté était vaincue. Dans la conversation, à la lecture à haute voix, le phénomène était beaucoup moins prononcé ; il faisait défaut pour le chant et la récitation à voix basse (1).

Concurremment avec le spasme de l'organe vocal, il se produisait des mouvements involontaires des membres inférieurs consistant dans le glissement des deux pieds qui étaient portés alternativement d'avant en arrière et d'arrière en avant. Ces mouvements, analogues à ceux que l'on exécute dans un

(1) G. Ballet.— *Du bégaiement hystérique*, communication à la Société médicale des hôpitaux, séance du 11 octobre 1889 ; — *Bégaiement hystérique chez un dégénéré*, séance du 4 juillet 1890.

(2) G. Ballet et P. Tissier. — Du bégaiement hystérique, *Arch. de Neurologie*, juillet 1890, n° 58.

(3) A. Pitres — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, t. I, 28e leçon, p. 370.

(1) Si dans cette observation, comme dans la suivante, nous faisons mention du langage articulé à voix basse, autrement dit du chuchotement, ce n'est pas que nous ignorions les expériences de M. Marey qui ont établi que le chuchotement ne nécessite pas la mise en jeu des cordes vocales, mais pour montrer que le bégaiement hystérique comme le bégaiement proprement dit peut ne porter que sur certains modes d'expression de la parole. Il y avait encore quelque intérêt à mettre ce fait en évidence, ne serait-ce que pour opposer le bégaiement hystérique au mutisme de même nature, dans lequel le malade ne peut s'exprimer même à voix basse, bien qu'il puisse mouvoir la langue et les lèvres.

moment d'impatience, s'observaient quelle que fût la position occupée, mais pendant la marche ou dans la station debout étaient moins prononcés ; ils étaient alors plutôt comparables à un piétinement sur place, et pour se produire dans la première de ces positions, la locomotion se trouvait momentanément interrompue.

Ces phénomènes, malgré la médication bromurée et l'usage des antispasmodiques, ont persisté sans atténuation marquée jusqu'en janvier 1892. A cette époque M. le Dr Jules Simon, consulté, conseilla tout particulièrement la gymnastique de l'organe vocal : épeler, chanter, solfier. Grâce à cet exercice, six mois après, une amélioration notable était obtenue (juillet 1892). C'est à cette dernière date que l'éminent maître, dans l'espoir d'obtenir une guérison complète en modifiant le terrain névropathique par un séjour à Bagnères-de-Bigorre, voulut bien nous adresser le malade.

Examen du malade. — Membres et tronc bien proportionnés ; musculature normale : à droite, l'aiguille du dynamomètre donne 48 ; à gauche 45. Tête ronde, voûte palatine légèrement en ogive ; dentition mauvaise, plusieurs dents sont cariées ; incisives supérieures saillantes, obliquement implantées, dépassant en longueur les dents voisines ; leur bord libre est uni. Luette et voile du palais bien conformés ; la langue est développée normalement. Retirée hors de la cavité buccale, elle n'offre pas de contractions et exécute les divers mouvements ordonnés. Pas d'asymétrie de la face ; oreille bien ourlée, le lobule n'est pas adhérent.

Comme stigmates hystériques, on note : acuité visuelle diminuée, rétrécissement du champ visuel et dyschromatopsie de l'œil gauche : le vert, le violet sont pris pour du bleu, le rouge pour du marron ; réflexes pharyngien, conjonctival abolis ; le goût et surtout l'odorat sont obnubilés à gauche ; la muqueuse pituitaire de ce côté est à peine impressionnée par l'ammoniaque. Hypoesthésie à gauche ; les autres modes de la sensibilité sont intacts. Absence de zones spasmogènes.

Le trouble du langage est caractérisé par la parole rapide et par du bégaiement qui offre les particularités suivantes : à la lecture, dans la conversation, le vice d'articulation est peu marqué ; c'est tantôt une hésitation, tantôt une répétition des syllabes placées au commencement ou au milieu des mots. L'hésitation consiste dans la prolongation du son de la syllabe émise. Elle s'observe pour les voyelles ou les consonnes, mais le plus souvent pour ces dernières. Il en est de même de la répétition. Dans la récitation le phénomène s'accuse et porte le plus souvent sur la répétition qui, alors, cesse d'être consécutive ; il s'écoule un intervalle de quelques secondes avant que la syllabe, cause du faux pas, soit prononcée pour la seconde fois ; ce n'est qu'exceptionnellement que la reprise s'accompagne de mots déjà émis. Si, au moment de l'arrêt, on tient la main appliquée sous le menton du malade, on perçoit le durcissement des muscles qui forment le plancher buccal, et l'on constate que l'os hyoïde est élevé ; en outre, l'inspiration se trouve prolongée. Aujourd'hui, le spasme se produit rarement ; à moins d'un état émotif ou de conditions atmosphériques spéciales comme l'humidité, c'est l'hésitation qui prédomine ; dans le chant, la récitation à voix basse, il manque complètement.

Les mouvements involontaires des membres inférieurs sont associés au spasme de l'organe vocal ; on ne les observe que lorsque ce phénomène a lieu. Dans la position assise, ils sont caractérisés de la sorte : le pied droit est porté en avant, puis d'avant en arrière et ramené en avant ; pour le pied gauche, il est simplement porté en arrière, puis en avant. Debout, on relève simplement une trémulation des jambes. Les mouvements s'exécutent avec rapidité, se rapprochant ainsi du type convulsif.

Dans la suite, ces troubles se sont considérablement amendés ; toutefois, l'amélioration s'est faite d'une manière progressive et a été marquée par quelques retours offensifs. A la date du 1er septembre, le spasme et les secousses musculaires avaient complètement disparu. Le vice d'articulation consistait simplement en de l'hésitation et ne s'observait qu'au cours de la conversation, quand le débit était précipité. Le malade articulait très nettement les mots qu'on lui donnait à prononcer, quelle que fût leur longueur, et lisait, sans le moindre faux pas, les phrases les plus embroussaillées, comme la suivante : « C'est le plus grand original des originaux qui ne se désoriginalisera que lorsque le plus grand original des originaux se sera désoriginalisé. »

En ce qui concerne les stigmates hystériques, il s'était produit également un mieux sensible ; on constatait uniquement l'abolition du réflexe pharyngien et une légère dyschromatopsie pour le vert. Les muqueuses nasale, linguale, étaient normalement impressionnées, mais les qualités olfactive et gustative restaient plus développées à droite.

Considéré dans son expression, nous voyons, dans ce cas, le trouble du langage caractérisé de façon différente suivant qu'on l'envisage à l'une des périodes de son évolution. A la phase de début, il a consisté en de l'hésitation ; à la période d'état, il s'est traduit par la répétition, mais avec cette particularité que le doublement de la syllabe n'avait pas lieu coup sur coup ; il survenait un spasme des muscles phonateurs qui ne prenait fin que tout autant que le malade revenait de quelques mots sur son récit ; en d'autres termes, il était obligé de prendre élan pour vaincre la difficulté de l'articulation. A la phase de déclin, le trouble a été marqué de nouveau par l'hésitation.

Envisagé dans ses rapports avec les diverses modalités du langage articulé, le vice de prononciation a été observé, tout d'abord, pour la récitation ; dans la conversation, à la lecture il faisait défaut ; plus tard, il a gagné ces derniers modes du langage. En dernier lieu, on le constatait seulement dans la conversation. A aucun moment, on n'a relevé le moindre trouble pour le chant et le chuchotement.

Au point de vue du début de l'affection, il convient de faire remarquer que le bégaiement s'est établi peu à peu, sournoisement, si on peut dire ; on ne trouve dans les antécédents ni traumatisme, ni émotion vive ; il n'est pas dû non plus à la contagion par imitation, car, dans l'entourage, il n'y avait pas de bègues. Pareillement, l'amélioration s'est produite d'une manière progressive ; pour l'obtenir, il n'a pas été nécessaire de recourir à des moyens divers ; il a suffi de la gymnastique vocale, et, plus tard, de l'emploi des bains prolongés pour voir s'atténuer et même disparaître les défectuosités de l'organe.

Les mouvements involontaires ont été strictement limités comme durée à la période d'état ; ils ont apparu avec le spasme vocal et ont pris fin avec lui. En outre, leur manifestation coïncidait avec le trouble phonateur, ce qui démontre, d'une façon péremptoire, l'association étroite des deux ordres de phénomènes. Très accusés aux pieds, c'est-à-dire à l'extrémité du levier, ils rappelaient par leurs qualités les mouvements convulsifs. Ce caractère mis en regard du précédent autoriserait, dans une certaine mesure, un rapprochement avec la maladie des tics convulsifs ; mais, en dehors du terrain pathologique sur lequel s'est développée l'affection, cette hypothèse n'a pour elle que des apparences très éloignées. Dans l'espèce, les mouvements étaient rythmés et associés à un vice de prononciation ; tandis que, dans la maladie des tics, ce que l'on constate, c'est l'arythmie des secousses musculaires, et s'il y a émissions de mots, elle se fait sur un timbre explosif, sans le moindre trouble de l'articulation.

Il reste maintenant à déterminer la nature de l'affection. Si, pour conclure à une manifestation hystérique, il suffisait de relever chez le malade la présence de troubles sensitivo-sensoriels, nulle hésitation à cet égard, les stigmates sont suffisamment accusés pour affirmer l'existence de la grande névrose. D'ailleurs, la grand'mère maternelle était une hystérique, et une des sœurs du malade a des crises d'hystérie. Mais cette constatation, ici, n'a qu'une valeur relative, car on arrive à un résultat non moins positif en ce qui concerne les signes de dégénérescence. Ainsi, du côté des ascendants, le père présente une conformation particulière de la tête, sa parole est rapide, il a

la manie du doute; pour la mère, même conformation spéciale de la tête, par ses vêtements elle attire l'attention; au point de vue psychique, elle n'hésite pas à faire des remontrances à son fils lorsqu'il parle précipitamment, alors qu'elle-même s'exprime avec une vélocité remarquable, rappelant ainsi cette dame que mentionne Trousseau, laquelle reprochait à ses filles leurs tics nerveux, ne s'apercevant pas qu'elle en fût atteinte elle-même (1). Quant au malade, il est issu d'un mariage consanguin; sa conformation céphalique est encore plus défectueuse; il est maniaque. En conséquence, en présence de signes aussi manifestes de part et d'autre, il convient pour se prononcer de produire d'autres arguments.

Ils sont fournis par le début et l'évolution de l'affection. C'est quelque temps après la convalescence d'une fièvre typhoïde que le bégaiement est survenu; concurremment, il existait des céphalées périodiques suivies d'épistaxis. Le rôle de la fièvre typhoïde comme agent provocateur des manifestations hystériques n'est plus à démontrer; de même personne ne conteste la signification névropathique de la céphalée et des hémorrhagies nasales chez l'enfant et l'adolescent. Par suite, il est légitime de considérer le trouble du langage qui s'est manifesté conjointement comme reconnaissant la même origine. Mais, tandis que le vice d'articulation s'accuse, revêt la forme spasmodique, s'accompagnant de mouvements involontaires, les céphalées, les épistaxis disparaissent. N'y a-t-il pas dans cette marche des symptômes une nouvelle preuve en faveur de l'hystérie, et n'est-il pas à peu près constant de voir céder les accidents erratiques quand les accidents convulsifs s'affirment? Cette interprétation, au surplus, se trouve confirmée par les circonstances qui ont favorisé cette transformation. C'est en conséquence de réprimandes non méritées que les phénomènes spasmodiques ont fait leur entrée en scène. L'influence émotive est là nettement spécifiée; elle résulte encore de la crainte de l'enfant de ne pas réciter couramment ses leçons. Ce fait, d'ordre psychologique, rentre dans cette loi générale d'après laquelle certains de nos actes les plus perfectionnés, lorsqu'ils s'accomplissent machinalement, la marche, par exemple, cessent de se produire avec une régularité, une harmonie parfaite, du moment que l'attention est portée sur eux. Enfin, grâce à un traitement judicieux, les troubles s'atténuent, disparaissent, et leur disparition coïncide avec celle de la plupart des stigmates. N'est-ce pas là un dernier argument décisif? Quant à la coexistence des mouvements involontaires, leur association étroite au vice d'articulation témoigne de leur origine. Leur caractère convulsif qui, à un examen superficiel, aurait pu induire en erreur, ne contredit nullement cette manière de voir; des travaux récents ont établi, en effet, que l'hystérie, même en fait d'actes musculaires, reste toujours la « grande simulatrice. » Aussi, nous estimons la démonstration complète et concluons à un cas de bégaiement hystérique associé à des mouvements convulsifs chez un dégénéré.

La coexistence de troubles de la parole et de mouvements involontaires chez une personne présentant des stigmates hystériques et des signes de dégénérescence n'est pas, d'ailleurs, chose exceptionnelle. A quelques jours de là, il nous a été donné d'observer un cas non moins intéressant réunissant ces conditions, mais qui, entre autres particularités, se distingue du précédent, en ce que les mouvements involontaires ne sont pas associés au vice d'articulation, et que le trouble du langage porte exclusivement sur un seul idiome. Voici l'observation du malade :

Observation II. — Mi... B..., 26 ans, ouvrier tailleur.

Antécédents héréditaires.— Père, 65 ans, bonne constitution, n'a jamais fait de maladie. Intelligence bornée, irascible, passe son temps à boire, et reste des quinze jours sans dessoûler. Sa boisson favorite est le vin blanc.

(1) A. Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (4e édition, t. II, p. 268).

Mère, 63 ans, atteinte de goitre, jouit d'une petite santé; très émotive, a présenté des attaques convulsives qui ont pris fin avec la ménopause. Jeune, a été soignée pour « faiblesse de poitrine »; actuellement se plaint de battements de cœur. Elle a eu deux enfants: l'aîné, mort au Tonkin, en 1887, âgé de 25 ans, était un nerveux très impressionnable, qui présentait un tremblement analogue à celui de son jeune frère, sujet de l'observation. Ce tremblement remontait au bas âge, s'accusait avec l'émotion, la fatigue; mis en apprentissage chez un cordonnier, il fut obligé de renoncer à cet état par suite des maladresses qu'il commettait.

Chez les collatéraux, un oncle paternel aime à boire; du côté de la mère, un frère est mort paralysé, une sœur idiote dans un asile d'aliénés. Pour les grands-parents, à l'exception du grand-père paternel, mort paralysé 48 heures après une attaque, les renseignements font défaut. Dans la famille, cependant, on n'a jamais entendu parler qu'il y ait eu des bègues ou des membres présentant un trouble quelconque de la parole.

Antécédents personnels et histoire de la maladie. — Mi... est un garçon de taille moyenne, mesurant 1 mètre 57 cent.; musculature puissante, il développe au dynamomètre 105 à droite. 100 à gauche. Dans son enfance, il a eu quelques saignements de nez, c'est tout. De bonne heure, il est allé à l'école des frères, où il passait pour être peu intelligent; il sait lire, à peine écrire. Entré en apprentissage à l'âge de 12 ans, il a commis, entre 14 et 17 ans, quelques excès de boissons. Le dimanche il buvait, en dehors des repas, ses 2 à 3 litres de vin blanc. Toutefois, il ne faisait pas le lundi; c'est tout au plus si dans cette période il s'est soûlé 8 à 10 fois. Il a renoncé complètement à ces mauvaises habitudes en 1890 et s'est marié en 1891.

Au physique, Mi... est bien conformé; cependant, la tête et le cou attirent l'attention. La boîte crânienne offre un développement exagéré en arrière et sur les côtés, c'est-à-dire dans les régions correspondant aux lobes occipitaux; en avant, le front forme un angle obtus très ouvert avec la racine du nez; la ligne frontale, au lieu de se diriger insensiblement de haut en bas et d'arrière en avant, se porte, au contraire, d'avant en arrière; en outre, dans le sens transversal, le front présente une surface absolument plane. Le cou est très développé, sa circonférence mesure 46 centimètres; le développement tient à l'hypertrophie du corps thyroïde, très accusée pour le lobe droit. La cavité buccale est bien conformée; la langue est normale; retirée hors de la bouche, elle se meut dans tous les sens.

Au point de vue des stigmates sensitivo-sensoriels, on note: acuité visuelle normale, mais plus prononcée à droite; pas de rétrécissement du champ visuel; légère dyschromatopsie caractérisée par la confusion du vert et du violet avec le bleu; acuité auditive diminuée: à droite, le tic tac de la montre est perçu à 0^m60 cent.; à gauche, à 0^m30 cent.; goût obnubilé à gauche; odorat normal; réflexe pharyngien aboli; réflexe rotulien conservé à droite, absent à gauche; hypoesthésie de ce même côté, sens musculaire intact. Enfin, il existe trois zones: l'une au creux épigastrique, les deux autres au niveau des fosses iliaques, dont la compression détermine une sensation angoissante qui se traduit par l'accélération des mouvements respiratoires, le frémissement des paupières et la pâleur de la face.

Au moral, Mi... est affectueux; il aime à rendre service et se montre reconnaissant si on lui témoigne quelque attention; il est laborieux, économe, mais irascible et très émotif. Au point de vue mental, il comprend assez facilement, raisonne juste. L'idéation toutefois est rudimentaire; pour son travail, il n'a pas la moindre initiative, on est obligé de lui mâcher la besogne. Par contre, si une idée germe dans son cerveau, elle s'en empare en souveraine; jusqu'au moment de l'acte, il es d'une humeur massacrante. S'il forme le projet d'aller à la chasse, à la pêche, en excursion, il concentre sa pensée sur le but qu'il a choisi, le caresse, et on est malvenu quand on cherche à le faire parler d'autre chose.

Les troubles fonctionnels consistent en un vice de l'articulation des mots sans qu'il y ait émission précipitée et en un tremblement des membres supérieurs. L'un et l'autre se sont

*

manifestés dans l'enfance et n'ont jamais offert entre eux la moindre connexité. Leur apparition dans le bas âge est affirmée par l'entourage du malade ; lui-même se rappelle, aussi loin que ses souvenirs remontent, qu'il les a toujours présentés. A leur sujet, on ne peut invoquer ni émotion vive, ni traumatisme. Parmi ses camarades, il n'y avait pas de bègues, mais le frère aîné présentait du tremblement. Depuis, ces phénomènes ont conservé leur physionomie propre, sans offrir la moindre modification importante, aussi nous les envisagerons tels qu'ils sont aujourd'hui.

Actuellement, le vice d'articulation est constitué par l'hésitation ou la répétition des syllabes placées au commencement ou au milieu des mots ; de ces deux formes du trouble de la parole, l'une est aussi fréquente que l'autre. Lorsque la répétition se produit, le plus souvent elle n'est pas consécutive ; le malade reprend la phrase ou le membre de phrase commencé, mais tout naturellement, sans effort ; à l'occasion du faux pas, il n'y a pas le moindre spasme ou de gêne respiratoire bien caractérisée.

Le trouble est très manifeste dans la conversation, moins prononcé à la lecture ou pour la récitation. Dans le chant, la lecture à voix basse, il manque complètement ; pareillement, il fait défaut pour l'articulation des mots monosyllabiques et même pour les mots d'une certaine longueur, à la condition qu'ils soient émis à intervalles espacés. Ainsi, le malade articule très nettement les lettres de l'alphabet, compte très couramment, prononce très distinctement des mots comme ceux-ci : Nabuchodonosor, Montmorency, Montécuculli, etc.; mais s'il s'agit de mots composés, ou bien d'exprimer une réponse, aussitôt le détraquement se produit ; il dira : Haroun-aal-Raraschid ; — je suis vevenu vous voir hi-er, iil n'y a, il n'y avait personne.

Voilà ce que l'on observe lorsque le malade s'exprime en français. Si, au contraire, il est avec des amis et que la conversation ait lieu dans l'idiome du pays, alors, comme par enchantement, le vice d'articulation n'a plus lieu, il parle aussi nettement que les camarades.

Le tremblement, à l'état normal, est limité aux membres supérieurs ; bien peu marqué à droite, il est très net pour la main gauche. Ce sont des mouvements alternatifs de flexion et d'extension qui impriment aux doigts de légères oscillations. Le membre mis à nu, la peau dessine les contractions alternatives des extenseurs et des fléchisseurs, surtout pour l'avant-bras ; le malade a conscience de ces mouvements et de leur étendue jusqu'à l'épaule ; ils se produisent à intervalles réguliers et sont au nombre de 2 à 3 par seconde. Comptés à plusieurs reprises, nous avons trouvé 41 mouvements pour 15 secondes, 83 dans une demi-minute et 172 pour une minute. Bien que survenant à l'occasion des actes intentionnels, ils n'empêchent pas l'exécution de mouvements assez délicats. Aussi, tailleur de son état, Mi... peut très bien, de la main gauche, tendre le drap, ou tenir le fil pour enfiler l'aiguille (1) ; de même, il porte un verre plein d'eau aux lèvres sans en verser le contenu ; mais s'il s'agit de tirer un coup de fusil, il est obligé de presser sur la gâchette dès qu'il a entrevu le but, sinon il lui est impossible de viser. Au repos, le membre reste complètement immobile et les doigts n'offrent pas la moindre oscillation.

A droite, les mouvements sont à peine prononcés, même lorsque le bras est mis en extension complète ; dans cette position, les extrémités digitales écartées présentent plutôt du frémissement qu'un tremblement proprement dit. Avec la fatigue, l'humidité (2), les brusques variations de température, les troubles fonctionnels s'accusent ; il en est de même sous l'influence de l'émotion. « Quand je suis en colère, dit Mi..., je me mets à trembler de tous mes membres, je bredouille, la parole ne sort plus et mes mains ne peuvent lâcher prise. »

Cette observation offre avec la précédente plus d'un trait commun. Encore, dans ce cas, le bégaiement s'est manifesté dans le bas âge ; il est caractérisé par l'hésitation, la répétition ; il se produit dans les diverses modalités du langage, à l'exception du chant et du chuchotement ; il coexiste avec des mouvements involontaires ; enfin, dans les deux cas, il s'agit de dégénérés présentant des stigmates hystériques.

Si des doutes peuvaient s'élever sur la nature de l'affection, les modifications que subit le bégaiement sous l'influence de l'émotion sont bien propres à les dissiper. Dans l'état émotif, l'hésitation, la répétition font place à du spasme, à du mutisme, autrement dit, et à ce même moment, le tremblement s'accuse, devient de la contracture ; ces deux phénomènes représentant ainsi un commencement d'attaque convulsive.

Mais le caractère vraiment intéressant de cette observation est donné par la dépendance absolue du trouble de la parole à l'idiome employé. Avec le patois, absence de tout vice d'articulation ; avec le français, le bégaiement est des plus manifestes. Cette manière d'être du vice de l'articulation des mots offre quelque analogie avec le malade observé par M. Pitres, lequel parlait couramment sept langues, et qui, à la suite d'une attaque apoplectique, avait totalement oublié trois d'entre elles (1). La différence, la question de début et la nature de l'affection mises de côté, porte sur le degré d'altération ; d'une part, elle est absolue, se traduit par l'effacement complet de notions existantes ; d'autre part, elle est qualitative, le fonctionnement laisse simplement à désirer, c'est l'image motrice d'articulation pour une seule langue qui est viciée.

Si on envisage le bégaiement dans ses diverses manifestations, on ne peut manquer d'établir un rapprochement avec les troubles de la mémoire sur lesquels MM. Th. Ribot et J.-M. Charcot ont plus particulièrement appelé l'attention ; car, de même que ces auteurs ont établi que les diverses formes de la mémoire peuvent être altérées isolément, de même ce cas et le précédent mettent en lumière que les divers modes du langage peuvent être affectés séparément. Aussi, y a-t-il lieu de convenir que, pour le langage articulé comme pour la marche, la mémoire, il existe une série de rouleaux dont les uns peuvent être désorganisés plus ou moins complètement, sans que les autres cessent de fonctionner. D'où cette conclusion, que le langage et ses diverses formes d'expression sont représentés par des groupements de cellules qui peuvent être altérés individuellement.

Une dernière question se pose : pourquoi le vice d'articulation s'est-il produit pour le français et non pour le patois ? A cet égard, la seule hypothèse vraisemblable nous parait la suivante : fils d'artisans dont l'unique langue parlée est le patois, le malade a appris tout d'abord cet idiome qui lui est resté toujours familier, étant donné le milieu dans lequel il a vécu ; aussi, lorsque le trouble de la parole s'est manifesté, le bégaiement a porté sur la langue la moins usuelle, c'est-à-dire sur celle dont l'articulation des mots présentait le plus de difficultés. Cette interprétation s'appuie encore sur les faits de perte de mémoire partielle dans lesquels on voit les malades continuer à parler couramment les premières langues apprises dans l'enfance, alors qu'ils ont oublié en tout ou en partie les langues apprises plus tard (2).

(1) Il convient d'ajouter que, dans l'accomplissement de cet acte, Mi... a recours à l'artifice que voici : Tenant le fil entre le pouce et l'index de la main gauche, les extrémités de ces deux doigts (main qui tremble) reposent sur l'index de la main droite (main qui tremble d'une façon insignifiante) contre la face palmaire duquel le pouce maintient l'aiguille appuyée ; de sorte que le bout de fil étant placé en regard du chas, il suffit d'un tout léger mouvement de bascule de la main droite pour que l'aiguille se trouve enfilée. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si la main gauche ne prend pas un appui sur la droite, Mi... est obligé de s'y reprendre à plusieurs fois avant d'arriver au but.

(2) Le role de l'humidité dans l'aggravation des phénomènes liés aux affections nerveuses, qu'il s'agisse de lésions de texture ou d'altérations dynamiques nous parait absolument fondé, et ce n'est pas seulement sur les sensations subjectives accusées par les malades que repose cette manière de voir, mais aussi sur les troubles fonctionnels qu'il est permis d'observer. Ainsi, avec l'humidité, le tremblement, la contracture augmentent l'étendue ; l'incontinence d'urine devient plus fréquente. Un jeune garçon, dont l'incontinence était à la fois nocturne et diurne, avait les mictions plus ou moins fréquentes, et ce, toutes conditions atmosphériques égales d'ailleurs, suivant que sa famille résidait en Bresse (climat humide) ou en Maconnais (climat sec).

(1) Pitres. — Communication orale, juin 1892.

(2) J.-M. Charcot. — Œuvres complètes, t. III, p. 185.

Quant à la signification du tremblement, ses caractères en font ici un stigmate hystérique des plus nets ; par le nombre des oscillations, il se rapproche du tremblement de la maladie de Parkinson, et eu égard à cette circonstance que le frère aîné présentait un trouble de même nature, on est fondé à admettre qu'il s'est développé par contagion.

Le rôle des signes de dégénérescence est plus difficile à déterminer. Néanmoins, si on tient compte que dans ce dernier cas les troubles fonctionnels. bégaiement, tremblement, persistent depuis une vingtaine d'années, que dans la première observation ils se sont montrés tenaces, il est permis d'avancer, sans trop s'aventurer, que les manifestations hystériques chez les dégénérés, en dehors des conditions d'âge, de sexe et de cause, se caractérisent par leur longue durée.

Enfin, envisagés par rapport au bégaiement proprement dit, ces deux cas établissent que le bégaiement de nature hystérique peut apparaître dans le jeune âge, s'accompagner de troubles respiratoires, varier d'intensité d'un jour à l'autre et manquer dans certaines formes du langage articulé, tous caractères dont on a voulu faire des signes pathognomoniques du bégaiement vrai.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le traitement de l'éclampsie puerpérale.

A la suite d'une intéressante communication de M. Charpentier, le traitement de l'éclampsie puerpérale vient de faire, à l'Académie de Médecine, l'objet d'une importante discussion. Les principales opinions émises dans chacune des séances ont été résumées au jour le jour par les comptes rendus du *Progrès médical*. Mais il n'est pas inutile de reprendre, dans une étude d'ensemble, les résultats fournis par cette discussion, relativement à la pathogénie, au traitement préventif, au traitement curatif soit médical, soit obstétrical de l'éclampsie.

I. — La *pathogénie* de l'éclampsie comporte trois facteurs de très inégale importance : 1° la toxémie due à l'insuffisance de la dépuration urinaire ; 2° l'hyperexcitabilité réflexe des centres nerveux ; 3° l'excitation réflexe ayant pour point de départ l'utérus gravide, le travail même de l'accouchement, la plaie utérine après l'accouchement.

La toxémie par insuffisance de la dépuration urinaire est l'élément capital. Cliniquement, cette insuffisance s'annonce longtemps à l'avance, au cours de la grossesse, par un symptôme presque constant, l'albuminurie. La règle de rechercher, à plusieurs reprises, l'albumine dans l'urine chez toutes les femmes enceintes, doit donc être absolue. Les faits d'éclampsie sans albuminurie préalable sont rarissimes.

Pour M. Robin, la plupart des cas seraient des faits où l'albuminurie a été méconnue pour avoir été, soit recherchée par des réactifs trop peu sensibles, soit recherchée à un moment défavorable. Chez un certain nombre de femmes enceintes albuminuriques, l'albumine ne se trouve en quantité notable dans l'urine que deux à trois heures après les principaux repas. Dans quelques cas sans albumine il existe de l'oligurie qui doit suffire à donner l'éveil (Guéniot). Les troubles visuels, les troubles gastriques, la céphalée, la dyspnée ont aussi une grande importance (Pinard). La gravité de la toxémie et de l'éclampsie paraît proportionnelle à la quantité d'albumine (Guéniot).

L'hyperexcitabilité réflexe de la moelle n'est que la conséquence de la toxémie. Son rôle bien établi par M. Guéniot est cependant important au point de vue thérapeutique. Il explique l'utilité du chloral, du chloroforme, de la tranquillité complète ; il explique le danger des manœuvres obstétricales, qui excitent trop vivement l'utérus.

L'excitation réflexe, ayant pour point de départ l'utérus, a un rôle plus secondaire encore. M. Charpentier a bien montré l'erreur commise par Duhrsen et les accoucheurs allemands qui croient, en évacuant à tout prix l'utérus, faire cesser l'éclampsie. Cette évacuation n'agit que très peu sur l'abuminurie. L'excitation portée sur la matrice est souvent le signal de très violentes convulsions. Quant au traumatisme même de l'accouchement normal, son rôle est bien peu considérable (Tarnier). C'est très rarement pendant le travail même, presque toujours dans les dernières semaines de la grossesse, que débute l'éclampsie. Pour Lancereaux, l'accouchement n'agit guère que comme les autres causes banales des accidents urémiques, une violente émotion, par exemple. Le rôle de la plaie utérine, après l'accouchement normal, sera également accessoire. On notera pourtant avec Pinard que les femmes éclamptiques paraissent plus exposées ou plus sensibles aux infections, aux hémorrhagies. Le traitement des suites de couches nécessite donc chez elles des précautions spéciales.

II. — *Le traitement préventif de l'éclampsie* peut se résumer en trois mots : régime lacté absolu. Ce régime sera aussi précoce que possible. L'oligurie, les divers troubles signalés plus haut constituent une indication aussi formelle que l'albumine. L'importance des troubles visuels a été particulièrement mise en relief par Tarnier. On ne se hâtera pas de suspendre le lait dès que l'albumine disparaît (Jaccoud). Chez les femmes enceintes non albuminuriques, Jaccoud conseille même comme précaution toujours utile le régime lacté mixte. En donnant un litre de lait par jour pendant les six premiers mois, deux litres pendant les trois autres mois et continuant le lait à doses de plus en plus faibles pendant six semaines après l'accouchement, Jaccoud a vu accoucher à terme et sans accidents trois femmes atteintes d'accidents cardiaques graves.

Une autre précaution importante chez les femmes enceintes albuminuriques a été signalée par Jaccoud. Le moindre refroidissement produit souvent chez elle des accidents formidables d'obstruction rénale.

Malgré le traitement curatif, la mortalité de l'éclampsie une fois déclarée étant toujours considérable, on ne saurait attacher trop d'importance au traitement préventif (Tarnier).

III. — L'éclampsie une fois déclarée, le *traitement médical* doit avant tout agir vite. Une saignée de 400 à 500 gr. constitue le moyen le plus rapide, le plus efficace de diluer le sang chargé de toxines. Pour achever cette dilution, pour activer la dépuration rénale, il faut à tout prix faire prendre ensuite du lait en quantité, dût-on même employer la sonde œsophagienne (Tarnier). Contre

l'hyperexcitabilité médullaire, le chloral et le chloroforme seront employés. La chloroformisation doit être prolongée pendant six, huit heures de suite. Il ne faut pas laisser la femme se réveiller (Guéniot). Le médecin ne peut donc quitter le malade, ce qui rend ce moyen un peu difficile. Avec la chloral, il est plus facile de maintenir la malade sous l'influence constante du médicament. M. Charpentier fait donner un premier lavement de 4 gr. de chloral dans 60 gr. de mucilage de coings. Il en administre aussitôt un second, si le premier lavement est rendu. Si le lavement est conservé, on attend cinq à six heures avant d'en donner un autre. Dans un cas, M. Charpentier a ainsi donné 16 gr. de chloral dans les 24 heures. Quand les accès cessent, on ne suspend pas brusquement le chloral, mais on donne par jour, soit un lavement à 4 gr., soit une potion renfermant 3 gr. de chloral dans 125 gr. de julep gommeux. Chez quelques femmes délicates, anémiques, peu cyanosées, à accès éclamptiques rares, le traitement par le chloral peut suffire sans la saignée.

Comme moyens accessoires, les inhalations d'oxygène, utiles pour activer la combustion des toxines du sang, ont été généralement acceptées (A. Robin, Tarnier, Jaccoud). Les émissions sanguines, par des ventouses scarifiées au niveau du triangle de Jean-Louis Petit (A. Robin), semblent également très rationnelles pour lutter contre l'œdème et la congestion rénale. Les purgatifs drastiques sont utiles pour établir une dérivation intestinale et faciliter l'élimination des toxines (Lancereaux). M. A. Robin a montré les avantages théoriques qu'offraient diverses substances : acide salicylique, benzoïque, toluique pour faciliter cette élimination. M. Guéniot a fait à l'emploi de ces divers moyens une objection qui sera souvent capitale : ils n'agissent pas suffisamment vite.

IV. — La question de l'*intervention obstétricale* dans le traitement de l'éclampsie constituait le fond même du mémoire de M. Charpentier et l'origine de la discussion. Ses conclusions ont paru admises par tous. Toutes les fois que cela est possible, il faut attendre que le travail se déclare spontanément et laisser l'accouchement se terminer seul. Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles, terminer l'accouchement par une application de forceps ou une version, si l'enfant est vivant, et par une céphalotripsie, une basiotripsie, une craniotomie, si l'enfant est mort. Il faut attendre, pour intervenir ainsi, que l'état des parties malades soit tel (dilatation complète ou dilatabilité du col) que l'on puisse le faire impunément, c'est-à-dire sans violence, et, par suite, sans danger pour la mère. Il faut réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels où le traitement médical aura échoué complètement. Il faut rejeter absolument l'opération césarienne et l'accouchement forcé, surtout l'accouchement forcé par les incisions profondes du col, c'est-à-dire la méthode sanglante. Les statistiques de M. Charpentier montrent, en effet, que le travail spontané donne une mortalité de 18,96 0/0 ; le travail hâté par les douches chaudes, la perforation des membranes, donne une mortalité de 26,66 0/0 ; le travail provoqué une mortalité de 52,38 0/0 ; le travail forcé une mortalité de 40,74 0/0. Les interventions doivent donc être évitées autant que possible et réservées à quelques cas très graves.

A.-F. PLICQUE.

La Chirurgie française contemporaine.

Un professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Hôpitaux, a envoyé récemment un certain nombre de reporters d'un grand journal international, qui se publie en anglais à Paris, le *New-York Herald*, interwiewer des sommités obstétricales et chirurgicales françaises sur ce que pensent nos maîtres de la « furie » opératoire moderne.

Imitant l'exemple des journaux étrangers, le *New-York Herald* a réussi, grâce à l'appui du médecin (très distingué et très connu dans le *Cosmopolis* parisien) qui est son conseiller médical habituel, à obtenir des interwiews de presque tous les chirurgiens de renom à Paris. C'est un succès pour notre confrère : il n'y a pas à le nier ; et nous avouons bien franchement que, si nous nous fussions attelé à pareille besogne — le lecteur croira sans doute celui qui a introduit l'interwiew médicale dans la Presse spéciale et qui ne craint pas de s'en faire gloire —, nous aurions piteusement échoué, peut-être à cause même de notre compétence...

Mais ce n'est point le lieu de rechercher les causes d'un échec qui, d'ailleurs, n'a pas eu quelque chance de se réaliser. Ne pense-t-on pas qu'il est plus intéressant de signaler ces mœurs nouvelles, à une époque où les médecins de San-Francisco décrètent que sera honni tout médecin qui se sera laissé interwiewer par le reporter incompétent (1) d'un journal politique. N'est-il pas curieux de retrouver dans le *New-York Herald* les noms de ceux-là même qui regrettent de voir s'introduire dans la presse spéciale des habitudes écœurantes (c'est leur mot); de les retrouver favorisant de semblables tendances dans la grande presse cosmopolite moins compétente, mais plus productive ! Nous ne sommes pas de ceux qui crient : *O Tempora ! O Mores !* Qu'importe ? Laissons passer le flot... ; mais regardons. Le rôle de photographe a vraiment bien des charmes.

Nos lecteurs liront très certainement avec le plus vif intérêt ces diverses interwiews. Nous les avons traduites et nous les publierons dans nos prochains numéros pour montrer ce que pensent des tentatives opératoires modernes (chirurgie abdominale, hépatique, stomacale, etc.) — qui ont fait la réputation de nombreux chirurgiens de l'étranger et de nos provinces — ceux qui sont chargés d'enseigner chaque jour à nos frères ou à nos camarades une chirurgie dont les étonnants succès ne se comptent plus. Mais ainsi va le monde. Et ce n'est pas ce que diront ceux-ci qui empêchera ceux-là de faire ce que leur conscience leur commande comme un impérieux devoir : la guérison ou tout au moins le soulagement temporaire de ceux qui souffrent et qui sont légion !

M. B.

(1) Ils n'ont pas tout à fait tort...; loin de là. Il est peu scientifique de formuler, au pied levé, une opinion sur des questions difficiles, et très généralement les reporters *incompétents*, par malveillance ou ignorance, dénaturent ce qu'on leur a dit (B.)

MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES. — M. le Dr VAUTHIER est nommé médecin inspecteur des écoles du Ve Arrondissement de Paris (2e Circonscription).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 février 1893. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. ROGER. — *Action sur le cœur des produits microbiens.* — M. CHARRIN. — *Modifications humorales dans l'infection expérimentale.* — M. BOURGES. — *Myélite diffuse aiguë par inoculation de l'érysipélocoque.* — M. MARINESCO. — *Syringomyélie et poliomyélie chronique de l'adulte, d'origine ischémique.* — M. DUBOIS. — *Recherches expérimentales sur la thermogenèse. Communications diverses.*

M. ROGER expose ses recherches sur l'action sur le cœur d'un produit microbien, les cultures de *B. septicus putridus*. La méthode graphique lui a montré que le cœur de la grenouille était modifié à la suite de l'injection des toxines de ce bacille; on note en effet un ralentissement du cœur et une augmentation d'amplitude; ces mêmes modifications se retrouvent dans le cœur empoisonné par les cultures du proteus; mais tandis que celles-ci laissent le cœur excitable par les agents mécaniques, les cultures du B. septicus, au contraire, le rendent absolument inexcitable. Ce fait montre que les poisons microbiens ont chacun une action propre; d'ailleurs, M. Roger a constaté d'autre part que les cultures du bacille de la diphtérie n'avaient que peu d'action sur le cœur.

M. CHARRIN rappelle combien sont nombreuses les modifications humorales qui se produisent au cours des fièvres et expose les modifications que l'on observe quand on inocule le virus pyocyanique; on note une abondance considérable des sécrétions intestinales qui sont plus liquides et riches en pigments; les urines sont très diminuées de quantité, albumineuses; l'urée augmente de même que les phosphates, tandis que les chlorures diminuent; la ligature de l'uretère aggrave la maladie. Le sang contient moins d'oxygène; la bile diminue. Les toxines pyocyaniques activant les vaso-moteurs influencent la pression, paralysant certains nerfs.

M. BOURGES a produit expérimentalement chez le lapin, en inoculant un érysipélocoque à virulence très atténuée, une myélite aiguë qui détermine, au bout de cinq jours, une paraplégie complète du train postérieur, avec paralysie des sphincters, escarre fessière et atrophie musculaire rapide, et entraîne la mort au bout de quinze jours. La moelle examinée à l'état frais contient des corps granuleux, au niveau du renflement lombaire seulement, tandis que, sur toute la hauteur de l'axe médullaire, on rencontre des cellules nerveuses réfringentes ou alvéolaires à noyaux mal colorés. La coupe de la moelle durcie montre des lésions que l'on peut résumer de la façon suivante: Au niveau du renflement cervical, l'altération principale porte sur les cellules nerveuses des cornes antérieures et postérieures. Elles sont soit décolorées, soit vacuolaires. Leurs prolongements ont disparu, leurs noyaux sont pâles ou ne se voient plus. A la région dorsale, il y a à la fois dégénérescence des cellules nerveuses (surtout transformation vacuolaire) et congestion vasculaire et extravasation sanguine dans la substance grise. Les racines antérieures et postérieures sont partout normales sauf à la région lombaire où l'on voit les cylindraxes des racines antérieures gonflés, granuleux et pâles, au point où la racine côtoie le ganglion rachidien. Les cellules nerveuses des ganglions rachidiens lombaires sont presque toutes vésiculeuses. Les nerfs des membres examinés après séjour dans l'acide osmique ne présentent pas de lésion. Les muscles des 4 membres sont atteints de dégénérescence granulo-graisseuse. L'altération est beaucoup plus prononcée au niveau des membres postérieurs qu'aux membres antérieurs.

M. G. MARINESCO. — La dénomination de syringomyélie a été attribuée communément à divers processus, dont l'aboutissant est la formation des cavités dans la moelle épinière: l'hydromyélie (vice de conformation d'origine congénitale), la myélite cavitaire (inflammation à tendance destructive), la syringomyélie gliomateuse (Charcot). Je ne viens considérer ici que la syringomyélie dite gliomateuse, que je désire comparer à une affection caractérisée, elle aussi, par la formation des cavités dans la substance grise de la moelle. Dans la syringomyélie, il existe une hyperphasie de la névroglie qui entoure le canal central et on reconnaît pour cause *ordinaire l'irritation et la prolifération de l'épithélium épendymaire.* Dans l'affection que j'étudie à la suite des altérations vasculaires chroniques aboutissant à des oblitérations plus ou moins complètes, il se fait dans la vuioe antérieure de petites cavités entourées d'une hyperplasie modérée de la névroglie. L'affection existe chez les adultes et chez les vieillards et parfois elle s'associe à la sclérose des cordons postérieurs, donnant alors la raison des atrophies musculaires tabétiques. Nous avons donné à ce processus le nom de *poliomyélite chronique de l'adulte d'origine ischémique*, pour le différencier de la poliomyélite vulgaire et des processus décrits sous le nom de myélite cavitaire. Son origine et son évolution montrent d'autre part qu'elle se sépare très nettement de la syringomyélie.

M. R. DUBOIS (de Lyon) expose longuement ses *recherches expérimentales sur la thermogenèse chez les animaux hibernants*; il semble résulter de ces travaux que le réchauffement de la marmotte se ferait par le foie, et que les muscles n'y prendraient aucune part, puisque la section des cordons antéro-latéraux qui abolit la motricité n'empêche pas le réchauffement de se produire.

M. RICHET croit devoir formuler certaines réserves, car pour lui le réchauffement des animaux refroidis expérimentalement se fait par le frisson, c'est-à-dire par un travail musculaire.

M. CHAUVEAU dit que la section des cordons antéro-latéraux entraîne la paralysie, mais non l'abolition de la tonicité.

M. LABORDE appuie les vues de M. Chauveau.

M. R. DUBOIS répond que si la tonicité musculaire persiste chez ses marmottes, elle est latente, car il ne l'a pas remarquée.

M. DE LA JANIGE présente des malades tuberculeux auxquels il a pratiqué des injections d'huile et de créosote dans la trachée; ces malades ressentaient d'excellents effets de son traitement.

M. CAPITAN fait remarquer que la méthode n'est pas nouvelle et ne donne pas de meilleurs résultats que les injections sous-cutanées.

M. RETTERER analyse un travail de M. LEYSEL sur le *tissu cartilagineux des Gastéropodes.*

M. GIARD dépose une note de M. CARBONI sur les *fonctions des otolithes.*

M. RICHET dépose une note de M. POEHL sur une méthode de *dosage des leucomaïnes et de l'urée dans l'urine.*

A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 février 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

Traitement des tuberculoses génitales de l'homme par la méthode sclérogène (Méthode de Lannelongue).

M. OZENNE a employé les injections de chlorure de zinc chez un homme de 31 ans atteint de tuberculose du testicule, de l'épididyme et du cordon. En quatre séances, après injections préalables de morphine, sept injections composées chacune de deux gouttes de la solution au dixième furent faites autour des points malades. Trois furent faites en avant, deux en arrière, deux sur le trajet du cordon entourant le canal déférent. Après une poussée subaiguë d'orchite survint une amélioration très nette avec disparition des bosselures, de l'empâtement, meilleur état général. Cette amélioration dure depuis six mois et M. Ozenne présente le malade à l'Académie. La méthode sclérogène mérite donc d'être essayée contre la tuberculose du testicule, de l'épididyme, du canal déférent, de la prostate, et des vésicules séminales. C'est à bon droit en effet que les chirurgiens hésitent devant la castration et plus encore devant les mutilations plus étendues (ablation du testicule, de l'épididyme, du canal déférent, de la vésicule), qui ont été proposées.

Traitement chirurgical des anévrysmes du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte.

M. LE DENTU fait une communication sur le traitement chirurgical des anévrysmes du tronc brachio-céphalique et

de la crosse de l'aorte. Quand les divers moyens de traitement médical ont échoué, la ligature par la méthode de Brasdor permet sans risques excessifs d'obtenir des améliorations et même des guérisons complètes. La ligature, pour être efficace, doit porter simultanément dans la même séance opératoire sur la carotide primitive et la sous-clavière. Les ligatures isolées ou les ligatures successives donnent beaucoup moins de succès. Vinslow a pu réunir 59 observations de ligatures simultanées des deux artères pour des anévrysmes portant soit sur l'aorte soit sur le tronc brachio-céphalique. Sur les 59 interventions on note 43 guérisons opératoires. Comme résultats définitifs, il y a 16 guérisons complètes, et 20 améliorations plus ou moins durables. Dans plusieurs des observations de guérison complète, on a pu ultérieurement, la mort étant survenue du fait d'une affection intercurrente, vérifier à l'autopsie l'état du sac qui était parfaitement oblitéré par des caillots solides. En France ces opérations ont été rarement pratiquées. Sur les 135 observations existantes, 8 seulement sont dues à des chirurgiens français. M. Le Dentu a opéré, le 3 juin 1891, un premier malade, vu également par M. Duguet, et chez qui l'affection datait de deux ans. L'anévrysme du tronc brachio-céphalique s'étendait le long de la carotide droite. La sous-clavière et la carotide primitive furent liées dans la même séance. Les suites opératoires furent très simples. Mais bientôt survint une phébite de la veine baulique, de l'agitation, de l'éréthisme cardiaque. Le malade mourut le 22 juillet sans accès de suffocation par suite d'une asphyxie lente, 40 jours après l'opération. Une deuxième malade qui avait été envoyée par M. Dieulafoy fut opérée presque agonisante en novembre 1891. Ce fut presque une opération d'urgence. L'amélioration fut considérable. Mais en mars 1892 survint une rechute. Il existait un prolongement artériel volumineux se dirigeant vers la gauche et qui parut dû à une dilatation de la sous-clavière gauche. Ce prolongement fut lié avec le concours de M. Chalot de Montpellier. Après cette ligature les battements du pouls radial persistèrent. Ce fait ne fut expliqué que bien plus tard. La malade (Voir *Progrès Médical*, 1891, vol. II, p. 266), ayant succombé quinze mois apres la première opération, on constata à l'autopsie que le prolongement était comble, non par la sous-clavière, mais par la scapulaire postérieur énormément dilatée. Le sac anévrysmal était très distendu, très volumineux. Chez cette malade, au moment de la dernière rechute, M. Le Dentu avait pensé à une troisième opération, la ligature de la carotide primitive gauche. Mais la dyspnée et la cachexie étaient trop avancées. En résumé, après échec du traitement médical, dans les anévrysmes du tronc brachio-céphalique, M. le Dentu conseille la ligature en une seule séance de la carotide primitive et de la sous-clavière droite. En cas de récidive si le développement paraît se faire à droite, on lierait la vertébrale droite et, s'il semble se faire à gauche, la sous-clavière gauche. La ligature de la carotide primitive gauche pourrait peut-être même être justifiée. Dans les anévrysmes de la portion ascendante de l'aorte, entre le cœur et les gros vaisseaux, la ligature porterait sur le tronc brachiocéphalique. Dans les anévrysmes de la portion horizontale, elle porterait sur un des gros vaisseaux du côté gauche et sur une hanche du tronc brachio-céphalique en évitant de lier les deux carotides dans une seule séance. Quand la portion de la crosse atteinte est située au-dessous de l'origine de la sous-clavière, toute ligature doit être évitée pour ne pas déterminer la surdistension du sac. Mais si, en même temps que cette portion de la crosse, les deux premières portions et le tronc brachio-céphalique participent à l'anévrysme les ligatures peuvent avoir encore une utilité palliative.

La lèpre en France.

M. Leloir (de Lille), à propos de malades observés dans l'Artois, les Flandres, nés de parents eux-mêmes français et atteints de lésions lépreuses, discute la question de la lèpre en France. Voici ses conclusions : 1° Comme je l'ai montré pour la région du Nord et pour Paris en 1884-1885 et comme l'a montré, en 1892, M. Zambaco pour la Bretagne, il existe en France des malades atteints d'affections innommées rappelant au plus haut point la lèpre. 2° Il est possible que nous soyons, dans ces cas, en présence de vestiges plus ou moins dégénérés de l'ancienne lèpre, qui avait envahi toute la France et l'Europe au moyen-âge. 3° Cette théorie est très séduisante, mais elle attend encore une démonstration scientifique basée sur un ensemble de faits, minutieusement observés et décrits, au point de vue anatomo-pathologique et bactériologique.

M. Vidal appuie les conclusions de M. Leloir et insiste sur la nécessité de la recherche du bacille de Hassen pour différencier la lèpre et les affections pseudo-lépreuses avec anesthésie, troubles trophiques d'origine nerveuse. Il est parfois possible de prouver historiquement que le malade descend d'anciens lépreux.

L'outillage sanitaire de la Ville de Paris.

M. A.-J. Martin étudie avec soin l'outillage sanitaire dû au Conseil municipal parisien : 1° Service de la vaccination. 2° Service de voitures pour les maladies contagieuses. 3° Service de désinfection. 4° Service de recherches des causes d'insalubrité. Le fonctionnement de ces différents services grandit et est de plus en plus facilement accepté de jour en jour.

Les opérations conservatrices (résection, ignipuncture) sur l'ovaire.

M. Pozzi, après les laparotomies pour tubo-ovarites, pratique souvent, au lieu de l'ablation complète de l'ovaire, qui est loin d'être toujours entièrement dégénéré, la résection partielle ou l'ignipuncture. La résection partielle suivie d'une suture au catgut convient surtout : 1° Dans les kystes isolés ; 2° Dans les dégénérescences microkystiques avec bile de l'ovaire ou autre portion de tissu ovarien intact. L'ignipuncture convient : 1° Dans la dégénérescence microkystiques sans tissu bien net ; 2° Dans les ovarites diffuses. La sclérose qu'elle détermine est minime, le détachement de l'escarre évoluant sans suppuration dans le milieu aseptique péritonéal. Les follicules clos, non directement atteints, survivent et prolifèrent. Douze malades ont été aussi opérées soit par la résection partielle, soit par l'ignipuncture. Toutes ont guéri, ont été soulagées, ont conservé leur menstruation. Plusieurs sont devenues ultérieurement enceintes, alors même qu'un des ovaires avait été complètement enlevé, l'autre réséqué presque complètement. La grossesse et l'accouchement ont évolué d'une façon sensiblement normale.

Présentation d'instrument.

M. Guéniot présente un appareil destiné à la contention des parois abdominales et du bassin après l'opération césarienne ou la symphyséotomie. Cet appareil permet également de soulever et de déplacer les femmes avec une grande facilité. Fort ingénieusement conçu, il pourrait certainement rendre des services après les autres opérations abdominales, dans les fractures du bassin et même les fractures de côtes avec grands fracas thoraciques.

Correspondance.

La correspondance comprend, en particulier, une lettre de M. Bousquet (de Clermond-Ferrand) se portant candidat au titre de correspondant national.

Elections.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Duguet sur les titres des candidats à la place laissée vacante par le décès de M. Villemin. Sont classés : 1° en première ligne, M. Kelsch ; 2° en deuxième ligne, M. Straus ; 3° en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Fernet, Joffroy, Landouzy et Rendu.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 17 février. — PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

M. GOURAUD demande, à l'occasion de la communication de M. RENDU sur la *période de contagiosité et d'incubation des oreillons*, s'il n'y aurait pas lieu de faire, à l'Académie de médecine, une communication dans le but d'amener une modification à la durée des quarantaines actuellement en vigueur dans les collèges, pour les élèves atteints d'oreillons, de rougeole ou de diphtérie.

M. RENDU, n'ayant pas de faits positifs ni négatifs qui démontrent qu'un enfant n'est pas contagieux aussi à la période de défervescence des oreillons, pense qu'il faut attendre de plus amples renseignements pour provoquer une modification aux règles actuellement suivies.

M. COMBY possède une observation ayant trait à un cas de contagion des oreillons pendant la convalescence.

M. THIBIERGE fait une communication sur l'*ostéite déformante de Paget*, avec présentation de deux malades. La première est une femme de 50 ans, aujourd'hui brodeuse, mais auparavant ouvrière occupée à la coupure des glaces, opération dans laquelle on n'est pas exposé à respirer des poussières de mercure, ce qui fait qu'il n'y a pas d'importance étiologique à rattacher à cette intoxication. La malade n'a présenté, durant son existence antérieure, ni rhumatismes, ni goutte, ni maladies générales. En 1870, elle reçut un violent coup de pied sur la cuisse. En 1878, à la suite d'une longue marche, apparaît une périostose du fémur sur laquelle le traitement mercuriel reste sans effet. En 1883, elle s'aperçoit que sa taille se courbe et diminue. En 1891, elle est prise de douleurs persistantes et très intenses dans les jambes, les cuisses et la région lombaire, avec irradiations dans la partie antérieure des membres inférieurs. Elle entra dans un service de chirurgie, tous les traitements essayés restèrent sans effet. En 1892, elle fut encore soumise, sans résultat, à un traitement mercuriel intense. Actuellement, elle présente une incurvation considérable des membres inférieurs. Les tibias, hypertrophiés, mesurent environ 7 centimètres de circonférence. Les rotules sont manifestement élargies ; la déformation est plus marquée du côté gauche. La courbure des fémurs est telle que, dans la station debout, la malade ne peut joindre les condyles internes, ni appliquer les fémurs sur le lit sans les tourner en dehors. Cyphose de la partie supérieure du rachis. La tête paraît augmentée de volume. Peu de déformation des membres supérieurs, les clavicules ne sont pas altérées, la clavicule droite est cependant un peu plus épaisse, les hanches sont élargies, légère lordose compensatrice. Veines un peu plus apparentes qu'à l'état normal. Du côté du cœur elle présente de l'oppression survenue à la suite d'un bain de vapeur. Elle est sourde, mais la surdité paraît sans corrélations avec la maladie actuelle. Le deuxième malade est âgée de 59 ans, il est chapelier, mais ne manie pas de mercure. Dans ses antécédents, ni rhumatisme, ni goutte. En 1878, il a été atteint d'ulcère variqueux. En 1888, bronchite qui persiste depuis ce temps et s'accompagne d'emphysème. Pas de syphilis. En 1888, il s'aperçoit que ses jambes et ses bras se courbaient, pas de douleurs à ce moment. Actuellement, les tibias présentent une convexité antérieure et externe, les fémurs une convexité antérieure. La tête du péroné est aussi plus grosse qu'à l'état normal. La déformation des membres supérieurs est considérable. Il y a convexité externe et torsion des bras. La main en pronation sur le prolongement de la ligne verticale qui relie le coude au pouce. Du côté du rachis, même déformation que chez la femme. La tête n'est pas augmentée de volume, l'occipital est seul un peu gros. Ongles hippocratiques. C'est un cas de maladie de Paget, à forme non douloureuse, mais il rentre bien dans le type décrit par le célèbre anglais. La dilatation des veines est à noter, car on la rencontre souvent chez ces malades.

M. JUHEL-RENOY. — *Un cas de vaccine et de variole simultanées.* — Ces cas ne sont pas très rares, mais ils sont intéressants à connaître aujourd'hui à cause de la question de l'identité de la vaccine et de la variole de nouveau posée et qui semble résolue dans un sens opposé aux conclusions de M. Chauveau. Paul D..., âgé de 20 ans, a été vacciné dans son enfance, perd sa mère de variole hémorrhagique le 5 janvier, il se fait revacciner le 9 janvier. Le 12, il est pris de rachialgie, de vomissements, deux jours après apparition d'une variole discrète. Le frère qui ne s'était pas fait revacciner est pris aussi de variole discrète 4 jours après la mort de sa mère. Voici donc deux individus ayant contracté une variole discrete au contact d'une variole grave. Ce fait n'a rien de surprenant. Mais chez le premier malade la vaccination pratiquée alors qu'il était en pleine incubation de la variole n'a pas arrêté la marche de celle-ci. On sait d'ailleurs que l'immunité vaccinale ne commence qu'au 8e jour. D'autre part, l'incubation de la variole peut être de 8 à 16 jours, puisque les deux fils de cette femme ont été pris dans un intervalle qui ne dépassait pas 22 jours. Dire que la vaccination ne modifie pas la variole serait une erreur ; il a été démontré (1) que plus la vaccine est pratiquée près du début de l'incubation, plus la variole est atténuée. Le 1er malade, vacciné pendant l'incubation, n'a eu qu'une variole légère ; mais elle avait débuté avec des prodromes assez vifs, puisqu'il avait présenté du délire et il aurait dû avoir une variole grave. Le fait que son frère n'a été malade que quatre jours après lui prouve que la loi de Trousseau n'est pas toujours vraie. Quant à ce qui concerne l'identité de la vaccine et de la variole, M. Chauveau dit que chez les animaux le virus vaccinal reste vaccin, le virus variolique reste variolique. Donc, ce sont 2 virus différents. Telle n'était point l'opinion de Jenner qui considérait au contraire le cow-pox comme une atténuation de la variole. Des recherches dans ce sens ont été faites l'année dernière en Suisse par MM. Fischer et Ascius et Heidernaut ; elles paraissent réduire à néant celles de M. Chauveau. On peut joindre à leurs preuves expérimentales des preuves cliniques. Parmi les individus inoculés par Fischer, avec du virus variolique atténué par des cultures successives sur les animaux, aucun n'a eu la variole. Ils ont cependant présenté au point d'inoculation les pustules caractéristiques. S'ils n'ont pas eu de variole c'était donc de la vaccine et cette vaccine venait du magma de variolique. La vaccine rentre donc dans les règles connues de l'immunité. L'idendité des pustules varioliques et vaccinales est notoire. Quand on connaîtra l'organisme variolique on sera définitivement fixé. Or le savant d'Helsingors a déjà pu reproduire la vaccine en inoculant des cultures de variole. L'isolement du microbe variolique pourra être fait bientôt.

M. DUMONTPALLIER. — Avant Jenner l identité du cow-pox et de la variole était déjà admise. J'ai de plus souvent relevé au moment des épidémies de variole des épidémies de cow-pox et d'une maladie identique sur les juments. Il y a donc identité de nature de ces trois maladies, différence de manifestations suivant les espèces.

M. JUHEL-RENOY. — L'identité de nature de la variole et de la vaccine est démontrée par la clinique et les recherches expérimentales en attendant que la bactériologie vienne la confirmer.

M. CHANTEMESSE. — Il faudrait, pour que la conviction fût complète, faire l'expérience inverse, c'est-à-dire avec la vaccine rendue virulente reproduire la variole.

M. JUHEL-RENOY. — Avec les cultures de magma variolique à la 1e génération, il y a eu production des vaccines générales bénignes. En Suisse on n'use plus d'autre vaccin que celui préparé suivant le mode de MM. Fischer et Ascius.

M. BARTH a observé en 1877 un enfant de 18 mois dont la mère était morte de la variole ; l'enfant vacciné dès le début de la maladie de sa mère portait deux pustules vaccinales typiques au 3e jour de sa variole. Donc la vaccine n'avait pas pu déterminer l'immunité. L'isolement de la marche des deux virus est un argument en faveur de leur différence de nature, car on peut admettre que deux cultures différentes peuvent se comporter de façon différente.

M. DUMONTPALLIER. — Si la vaccine marche parallèlement à la variole, c'est précisément par identité de nature. Dans les cas malheureux où il est arrivé d'inoculer la syphilis en même temps que la vaccine, la syphilis évolue secondairement.

M. BARTH. — Les faits ne sont pas du même ordre. Les deux microbes sont différents ; il ne peut donc y avoir immu-

(1) Juhel Renoy, 1890.

nisation réciproque. Si avec la vaccine on peut reproduire la variole alors les arguments cliniques seront nuls.

M. MARIE lit une note sur la *reviviscence du thymus dans les cas de maladies qui portent sur les glandes vasculaires sanguines et en particulier du myxœdème.* — Chez une femme dont le corps thyroïde était malade, le thymus se retrouvait. Dans l'acromégalie, le corps pituitaire et le corps thyroïde sont atteints ; on observe aussi la reviviscence du thymus. Chez une femme atteinte de maladie de Basedow, vers 25 ans le thymus était aussi revenu. Ces faits sont intéressants parce qu'ils semblent prouver que, dans ces névroses qui touchent certains organes importants, une sorte de suppléance s'établit, ce qui modifierait la théorie de ces maladies. Malheureusement on ne sait pas si les faits de reviviscence du thymus sont communs, car c'est un organe qu'on ne regarde pas beaucoup dans les autopsies.

M. DUMONTPALLIER. — N'y a-t-il pas plutôt persistance que reviviscence ?

M. MARIE. — Le thymus reste à l'état latent. Sous l'influence d'une nécessité spéciale il se fait une nouvelle poussée et le thymus repousse.

M. MILLARD supposerait plutôt que la persistance du thymus serait une cause de maladie.

M. MARIE. — J'ai recherché la présence du thymus dans les autopsies et je n'en ai retrouvé que dans ces maladies.

M. RAYMOND. — On voit le thymus persister chez les bœufs de travail. Le rapport signalé par M. Marie n'en est pas moins intéressant.

M. CHANTEMESSE. — Quelle serait la cause de cette reviviscence? Si c'est la maladie de Basedow, il est extraordinaire qu'on n'ait pas vu l'hypertrophie du thymus après l'enlèvement de la glande thyroïde.

M. MARIE. — Je crois qu'on l'observe, en effet; je le demanderai à M. Gley. L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 février 1893. — PRÉSIDENCE DE M. PÉRIER.

Les microbes de l'endométrite.

M. TERRIER. — Il y a longtemps qu'on a étudié les microbes de l'endométrite cervicale et de la cavité utérine. En ce qui concerne l'endométrite cervicale glandulaire chronique, j'ai fait des cultures avec ce mucus et j'ai constaté qu'il cultivait. Plus tard, chez les mêmes malades, après les avoir soignées, j'ai refait les mêmes expériences ; le mucus qui continuait à être secrété n'était plus cette fois septique : il ne cultivait plus. Il n'y avait donc plus qu'une hypertrophie des glandes du col ; l'infection avait disparu. Je crois que l'opération de M. Bouilly est bonne ; mais j'incline plutôt pour l'amputation du col.

M. REYNIER. — Toutes les femmes ont des microbes dans le vagin et toutes n'ont pas d'endométrite, de même que tout le monde a des microbes dans la bouche et que quelques personnes seulement ont de l'angine glandulaire Il faut donc faire intervenir un autre facteur : ce facteur, c'est le lymphatisme, c'est-à-dire un état général tout particulier.

M. DELAGÉNIÈRE (du Mans) communique sa *statistique annuelle* (1892) *pour les opérations qu'il a faites au Mans.* Elle comprend 265 opérations avec 21 morts.

M. MONTPROFIT (d'Angers) lit une très intéressante observation de *grossesse extra-utérine opérée avec succès par la laparotomie, après diagnostic fait.*

M. ROUTIER fait un rapport sur une observation de M. le Dr LECORNIER (de Lisieux). Elle a trait à l'*expulsion d'un polype fibreux de l'utérus.*

M. PICQUÉ relate une observation d'*opération césarienne typique.* Il s'agit d'une femme enceinte, ayant un volumineux fibrome utérin, fibrome qui rendait l'accouchement impossible. Elle fut opérée à terme le 23 juin 1892. L'incision de la paroi mit à jour l'utérus qui fut laissé en place. On plaça des compresses de chaque côté pour protéger le ventre. Incision de 16 centim. sur l'utérus. Le placenta fut décollé après ablation de l'enfant ; il s'agissait d'un placenta prævia. La suture utérine fut faite avec soin en 2 plans : un profond (11 points), un superficiel séro-séreux. Suites très simples ; 37°. Depuis la renaissance de la symphyséotomie, les indications de l'opération césarienne vont en se restreignant. Mais, pour ce qui concerne les fibromes utérins compliqués de grossesse, l'avantage reste toujours à l'ouverture de l'utérus, car, maintenant qu'on sait bien la faire, il est inutile de songer au Porro dans des cas semblables.

M. BOUILLY a fait récemment une opération analogue à celle de M. Picqué. Comme ces faits sont encore rares, il consigne le sien. M. PICQUÉ a eu le bonheur de n'avoir pas à lutter contre certaines difficultés techniques ; mais il faut se rappeler qu'elles peuvent se présenter (hémorrhagie par rétraction incomplète de l'utérus, due à l'existence des fibromes. Dans des circonstances identiques, on pouvait songer soit à enlever en même temps le fibrome, soit à faire la castration. Dans son cas, M. Bouilly a enlevé les annexes des deux côtés. Par suite, la malade étant guérie, le fibrome a ultérieurement diminué de volume d'une façon très notable.

M. PICQUÉ. — Je n'ai pas osé faire la castration parce que l'opération césarienne avait déjà duré longtemps.

M. FÉLIZET relate un *cas de mort à la suite d'une injection de sublimé dans un kyste hydatique du foie.* Il s'agissait d'un enfant atteint de deux kystes hydatiques du foie, placé l'un dans le lobe gauche, l'autre au voisinage de la vésicule biliaire. M. Félizet injecta, un matin, à dix heures, de la glycérine au sublimé dans l'un des kystes, mais ne put faire ressortir le liquide injecté. Puis, tout à coup, il sentit que le kyste se vidait sous ses doigts dans l'abdomen. Il referma la plaie du trocart et donna la médication destinée à combattre l'intoxication mercurielle, car il soupçonnait bien que le kyste s'était rompu dans le péritoine. A trois heures, l'enfant succombait à un empoisonnement suraigu. L'autopsie ne fit que confirmer ce qu'on avait deviné : il y avait du liquide contenant du sublimé (l'examen chimique a été fait) dans la cavité péritonéale, dont la séreuse était très congestionnée. M. Félizet conclut, avec juste raison, de ce cas malheureux, qu'il faut se méfier à tout prix des ponctions et admet plutôt la laparotomie pour tous les cas.

M. BOUILLY. — M. Félizet va trop loin. On peut traiter les kystes hydatiques du foie par la ponction et l'injection au sublimé. Le principal est de ne pas injecter une trop quantité de toxique. Pour un kyste de 300-500 gr., se contenter de 10 gr. de liquide de van Swieten pour un adulte, de 3 à 4 gr. pour un enfant. Il faut très peu de sublimé pour tuer les hydatides, qui meurent presque de peur.

M. VERNEUIL cite un cas comparable à celui de M. Félizet; il a perdu une malade, pendant le traitement par l'acide phénique, d'une tumeur abdominale qui était probablement un kyste hématique de la rate.

M. MONOD appuie les conclusions de M. Bouilly.

M. TERRIER. — La question n'est pas tranchée entre les ponctions et la laparotomie. Il y a des pays — où, d'ailleurs, les kystes hydatiques sont fréquents (Australie) — dans lesquels les chirurgiens ne peuvent pas se mettre d'accord sur le meilleur traitement à employer.

M. ROUTIER cite un fait dans lequel la guérison n'aurait pas pu être obtenue par la ponction.

M. FÉLIZET. — La ponction est réellement une mauvaise opération.

M. TERRIER. — On peut enlever complètement les kystes du foie, les énucléer, et faire une réunion par première intention de la glande hépatique.

M. POZZI. — J'ai fait cette opération ; le cas est publié.

M. DELAGÉNIÈRE (du Mans) présente une *tumeur sacro-coccygienne qu'il a enlevée.*

M. GUINARD présente une *tumeur congénitale de la jambe.*

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 16 février. — PRÉSIDENCE DE M. DE BEAUVAIS.

Nouvelle méthode pour doser l'acide carbonique des eaux minérales à la source.

M. BOVET. — Le dosage de l'acide carbonique dans les eaux minérales est d'une difficulté réelle, si l'on est obligé de recourir au laboratoire, car alors l'opération demande du temps et la

méthode devient impraticable s'il s'agit d'étudier les variations de l'acide carbonique en présence dans une source à divers intervalles dans une même journée. J'ai imaginé une méthode qui m'a rendu service et qui, si elle n'est pas plus sensible que les procédés déjà connus, a au moins l'avantage d'être très simple et très rapide. Je me sers d'un récipient analogue à celui de l'uréomètre de Regnard, une cloche immergée dans une éprouvette jusqu'au zéro. Cette cloche communique avec un flacon de Wolf où je fais arriver une quantité connue d'eau minérale. Par agitation, l'acide carbonique libre se dégage et je le mesure en centimètres cubes; ceci fait j'ajoute un acide fort qui met en liberté l'acide carbonique combiné et je le mesure de même. Bien entendu on tient compte des conditions de température dans l'appréciation volumétrique. Cette méthode rapide m'a permis d'exécuter par jour plus de 100 opérations dans une même source.

Uréthrites des vélocipédistes.

M. Millée rapporte un certain nombre d'observations d'uréthrite constatée chez des vélocipédistes bien entraînés, par conséquent non susceptibles d'éprouver une irritation passagère. Parmi les nombreux cas qu'il a pu relever, l'auteur en cite surtout huit très intéressants, attendu que l'enquête la plus scrupuleuse n'a pu permettre de supposer une origine blennorrhagique immédiate. Du reste, chez la plupart des malades, il y avait eu à plusieurs reprises des crises d'irritation, du canal et de la prostate, avec difficulté de miction, avant que l'on ait pu constater une uréthrite bien établie, suppurante. C'est là un point qui semble devoir appeler l'attention des médecins, car jusqu'ici il ne semble pas que l'on ait pu apporter des observations où la cause de l'uréthrite soit véritablement traumatique. Il y a, bien entendu, à discuter les faits: presque tous les malades avaient eu des antécédents blennorrhagiques, mais toujours très lointains et l'abus du frottement du périnée, sur la selle des machines, doit réellement être accepté comme cause de la maladie.

M. Léon Petit. — Je ne puis admettre le titre de « uréthrite des vélocipédistes. » En effet la plupart des observations de M. Millée nous indiquent des personnes sujettes à caution. Cependant je ne nie pas le fait en lui-même, mais je crois que l'uréthrite ne s'observera que chez les vélocipédistes mal montés ou encore novices, chez qui des frottements anormaux sont produits par des efforts exagérés. Quelqu'un de bien entraîné n'aura jamais ces accidents et c'est pourquoi il ne faudrait pas laisser planer un doute sur ce sport qui prend une si grande extension et peut certainement rendre de grands services.

M. Moreau. — Il est une cause dont il faudrait peut-être tenir compte aussi, c'est que tous ceux qui font de grandes courses en vélocipède ont chaud, sont altérés et que beaucoup boivent souvent en route. Je suis entièrement, du reste, de l'avis de M. Léon Petit; ce ne sont que les novices, qui ont de mauvais instruments, qui pourront présenter de l'inflammation du canal ou de la région prostatique; mais il ne faut pas prononcer le mot blennorrhagie d'autant plus que l'analyse bactériologique n'a pas été faite encore.

M. Léon Petit. — J'insiste bien sur ce fait que la fatigue seule ne peut entrer en ligne de compte pour la production de l'uréthrite; il faut qu'il y ait frottement causé par un mauvais instrument.

M. Ménière. — Je ne suis pas aussi absolu que M. Petit. J'ai trouvé de ces irritations même chez des gens très bien montés et ayant toute l'habitude désirable de la bicyclette; mais ces personnes étaient d'un certain âge. Elles présentaient en descendant de leur machine du priapisme, des envies fréquentes d'uriner, et même des éjaculations, mais sans sensations. Il faut évidemment tenir compte de la selle qui doit être très dure et non pas molle, afin de reposer surtout sur les ischions.

M. Léon Petit. — Je ne sais si les faits relatés par M. Moreau sont un privilège de l'âge mûr, mais dans la jeunesse j'avais jusqu'ici observé que l'effet consécutif immédiat à l'usage immodéré de la bicyclette était plutôt l'impuissance et non l'excitation.

M. Malécot. — Il serait important de voir les sujets incriminés plus haut. Il est intéressant en tous cas de rapprocher ceci: c'est que beaucoup de rhumatisants se plaignent de douleur et d'inflammation dans la région uréthro-prostatique, dont la cause est due à une élimination considérable d'acide urique dans leur urine. Or nous savons aussi qu'à la suite d'une violente fatigue nous éliminons davantage d'acide urique. Cette sorte de traumatisme interne pourrait peut-être aussi être invoqué.

M. Courtade relate une observation d'une malade atteinte d'*hyperthermie post-scarlatineuse.*

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 22 février 1893. — Présidence de M. Hallopeau.

M. Bocquillon présente, à la Société, une solution de *narcéine mélangée au salicylate de soude.*

M. C. Paul demande quel est l'avantage d'une pareille solution, si l'on peut obtenir des sels solubles de narcéine.

M. Bardet doute qu'on puisse obtenir de véritables sels de narcéine. Ce corps ne peut être considéré comme une base et l'on obtient, croit-il, dans les préparations pharmaceutiques avec les acides, des mélanges qui restent arides, mais non de véritables sels. Pour lui, la narcéine étant manifestement inactive, on doit la bannir de la thérapeutique et la rayer de toute discussion.

M. Créquy communique les excellents résultats obtenus avec le *lait d'ânesse dans les diarrhées rebelles des enfants*, alors que toute médication est restée inactive.

M. Weber signale les inconvénients du lait d'ânesse : 1° le prix élevé à Paris; 2° son altération excessivement rapide.

M. Bovet donne un exemple du pouvoir nutritif excessif de ce lait. Une de ses clientes, dyspeptique, vécut longtemps en n'absorbant que 60 grammes par jour de cet aliment.

M. Bardet se demande si le pouvoir nutritif et la grande digestibilité du lait d'ânesse ne tiennent pas dans une certaine mesure à son absorption immédiate après la traite. N'obtiendrait-on pas des effets analogues avec le lait de vache absorbé dans les mêmes conditions?

M. C. Paul rappelle les excellents résultats obtenus jadis dans la tuberculose pulmonaire par la cure au lait d'ânesse.

Il repasse brièvement les moyens thérapeutiques précurseurs de l'*antisepsie intestinale.* Dès 1867, il essayait l'hyposulfite de soude en lavements froids dans la dysenterie et la fièvre typhoïde. Dans cette dernière maladie, il emploie encore ce traitement auquel il trouve le triple avantage: 1° d'abaisser la température; 2° d'éviter les selles involontaires trop nombreuses; 3° de désinfecter préalablement ces selles et partant de les rendre moins dangereuses. L'emploi du sous-nitrate de bismuth et le lavage de l'estomac sont aussi de véritables pratiques d'antisepsie des voies digestives. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 22 février 1893. — Présidence de M. Levasseur.

M. Lafillée. — *Note sur un petit projet d'hôpital.* — Cette construction ne contient que 20 lits; au centre sont les cuisines, bureaux, etc.

M. Drouineau regrette cette position des cuisines au centre.

M. Pinard croit qu'il est indispensable de pouvoir étudier les plans avant de se prononcer, et propose de continuer la discussion dans la prochaine séance.

M. Deschamps. — *Note sur un mode de propagation de la diphthérie.* — Dans une famille un enfant atteint de diphthérie est mis à l'hôpital; il en sort guéri trois semaines après et rentre chez ses parents; six jours après son frère est pris de diphthérie et meurt. Dans une autre famille, un enfant dans les mêmes conditions sort guéri de l'hôpital trois semaines après le début; six jours après sa sœur a la diphthérie et meurt. Dans ces deux cas, la contagion n'a eu lieu qu'après le retour de l'enfant dans sa famille: la contagion s'est faite, non par les vêtements de l'enfant, qui à l'hôpital sont désinfectés avec soin, mais par les germes contenus dans la bouche des convalescents: ajoutons que les parents avaient fait désinfecter leur logis après le départ de leur malade à l'hôpital.

Il serait nécessaire de pouvoir continuer l'isolement des convalescents pendant un mois au moins, pour éviter qu'ils ne donnent la diphthérie en rentrant dans leur famille. M. Deschamps demande à ce que la Société émette le vœu suivant : « La Société de médecine publique, considérant qu'il y a danger à rendre à leur famille des enfants convalescents de maladies contagieuses et encore susceptibles de porter la contagion en dehors, émet le vœu que des services de convalescents soient établis pour les contagieux. »

M. Netter. — Malheureusement ce pouvoir contagieux persiste pendant cinq et six mois.

N. Poitou-Duplessy. — On devrait engager les parents, dans ces cas-là, à pratiquer une antisepsie rigoureuse de la bouche et de la gorge.

M. Schneider. — Avait-on fait de l'antisepsie buccale, dans les cas cités par M. Netter ?

M. Netter. — Dans ces observations, on ne s'était pas attaché à faire de l'antisepsie buccale. Il est certain qu'elle peut rendre de grands services. On pourrait, à l'hôpital des enfants, faire des recherches pour voir combien de temps la salive est virulente avec une bonne antisepsie buccale.

M. Robin. — *La désinfection dans les établissements privés.*

M. Napias. — *Conditions d'hygiène des asiles publics d'aliénés.* — Dans ce travail, M. Napias n'a visé que l'encombrement de ces asiles.

Martha.

VARIA

Réception des délégations des infirmières et des infirmiers de la ville de Paris.

La réception par la Municipalité de Paris des délégations des infirmières et des infirmiers de la ville de Paris a eu lieu à l'Hôtel de Ville, dans les salons des Arcades, le jeudi 16 février. La séance, présidée par M. Sauton, président du Conseil municipal de Paris, a été ouverte à cinq heures.

Ont pris place sur le premier rang de l'estrade, aux côtés de M. le président du Conseil : A droite, M. Poubelle, préfet de la Seine; M. Deschamps, président du Conseil général du département de la Seine ; M. Boll, vice-président du Conseil municipal de Paris ; M. Maury, syndic du Conseil municipal, et M. Vorbe, secrétaire du Conseil municipal. A gauche, M. Lozé, préfet de Police; M. Félix Grélot, secrétaire général de la préfecture de la Seine ; M. Laurent, secrétaire général de la préfecture de Police ; M. Champoudry, vice-président du Conseil municipal de Paris, et M. Foussier, secrétaire du Conseil municipal.

MM. les membres du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine occupent les fauteuils qui leur ont été réservés sur les autres rangs de l'estrade.

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris, et M. Derouin, secrétaire général de cette administration, occupent les fauteuils qui leur ont été réservés à côté des délégations. MM. les directeurs et chefs de service des administrations de la préfecture de la Seine, de la préfecture de Police et de l'Assistance publique siègent à droite et à gauche de l'estrade.

Dans les travées centrales de droite et de gauche prennent place : A droite : M. Felix Voisin, président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique et MM. les membres du Conseil de surveillance ; MM. les sénateurs et députés de Paris ; MM. les maires et adjoints des vingt arrondissements. A gauche : M. le Dr Bourneville, directeur des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières et MM. les professeurs de ces écoles ; MM. les directeurs des hospices et hôpitaux de Paris et les membres du personnel de l'administration de l'Assistance publique. Les travées du bord de l'eau sont occupées à droite et à gauche par MM. les représentants de la presse parisienne et étrangère : les travées donnant sur la galerie, par les invités.

Les délégations d'infirmières, surveillantes, sous-surveillantes et suppléantes et d'infirmiers, surveillants, sous-surveillants et suppléants, ainsi que celles des ambulancières et cochers des ambulances municipales et des agents des étuves municipales, occupent les places qui leur ont été réservées en face de l'estrade présidentielle.

M. le président Sauton prononce le discours suivant :

« Mesdames, Messieurs,

« En vous recevant solennellement à l'Hôtel de Ville, le Conseil municipal a voulu vous donner un témoignage de sa gratitude pour la vaillance qu'ont témoignée tous ceux d'entre vous qui ont été attachés à des services de cholériques, ainsi que pour les soins intelligents et dévoués dont vous entourez les malades qui vous sont confiés.

« Au cours de la dernière épidémie, vous avez fait votre devoir avec une simplicité qui vous honore, sans un moment de trouble ni de défaillance. (*Assentiment.*) Pour vous le danger ne semblait pas exister et, si nous avons dû insister auprès de l'Administration, ce fut pour contenir votre généreuse ardeur qui aurait pu vous porter à négliger les mesures prescrites en vue de votre préservation personnelle. (*Applaudissements.*)

« Hélas ! ce danger était de tous les instants. Les décès survenus parmi vous en sont la triste preuve et c'est avec une douloureuse émotion que je suis amené à évoquer le souvenir des dévoués serviteurs que la ville de Paris a perdus.

« Le premier frappé fut l'infirmier Bruet, de l'hôpital Saint-Antoine. Atteint le 31 août au soir, il mourait le lendemain 1er septembre.

« Le 8 septembre nous perdions, encore à l'hôpital Saint-Antoine, Mme Niederlander, suppléante qui, malgré son état de fatigue, n'avait pu se résoudre à quitter le service d'épidémie.

« Le 12 survenait le décès de l'infirmier Bourdin, de la Maison municipale de santé.

« Le 16, disparaissait l'infirmier Bourban, de l'Hôtel-Dieu, qui appartenait à l'administration hospitalière depuis 25 ans.

« Le lendemain 17, nous conduisions à sa dernière demeure l'infirmier Charrière, de la Pitié, affecté depuis trois semaines au service des cholériques.

« La dernière victime, décédée le 6 octobre, fut Mme Duronsoy, infirmière à Tenon, une vaillante qui aurait peut-être pu être sauvée si, dès la première atteinte, elle avait réclamé pour elle les soins qu'elle prodiguait aux autres. (*Applaudissements.*)

« La ville de Paris tiendra à honneur de perpétuer leur souvenir et leurs tombes, groupées dans un emplacement réservé au cimetière de l'Est, ne seront jamais abandonnées.

« Chères victimes du devoir, elles nous font apparaître les choses dans leur réalité Il semble que la mort, en frappant impitoyablement dans les postes les plus humbles, ait voulu faire ressortir aux yeux les plus prévenus le rôle que joue dans nos services hospitaliers le personnel secondaire, toujours à la peine et jamais à l'honneur. (*Très bien ! Très bien !*)

« L'esprit de parti aidant, les légendes arrivent à s'établir. On laisse soigneusement ignorer que c'est ce personnel qui accomplit les besognes les plus répugnantes, qui, en contact incessant, avec les malades, apporte à ceux-ci les soins de tous les instants que nécessite leur etat. On transfigure le rôle qu'avaient à remplir les sœurs dans les hôpitaux ; on leur attribue les fonctions dévolues de tout temps au personnel secondaire dont on voile l'existence et on fait ainsi que des personnes sincères, mais qui n'ont jamais mis le pied dans un hôpital, absolument étrangères par suite aux choses qui s'y passent, s'imaginent encore aujourd'hui que l'œuvre de laïcisation des hôpitaux a été entreprise par le Conseil municipal de Paris contrairement à l'intérêt des malades.

« A l'aide de calomnies habiles on cherche à entretenir ces idées fausses ; des attaques perfides sont de temps à autre lancées contre vous, Mesdames, mais elles n'arriveront pas à faire dévier le courant populaire qui continuera à soutenir de ses suffrages, en connaissance de cause, les vrais partisans de la liberté de conscience qui veulent que l'hôpital soit un terrain neutre où chacun, quelles que soient ses opinions religieuses ou philosophiques, a droit aux mêmes égards, aux mêmes soins dévoués et à la même tranquillité d'esprit. (*Très bien !*).

Pour les annonces

S'adresser à M. DURAND,

Bureaux du Progrès Médical,

14, rue des Carmes.

« Dans un certain nombre d'années, quand les passions se seront éteintes, ceux qui étudieront l'histoire de notre époque s'étonneront certainement que cette œuvre de la lacisation ait pu soulever de pareils débats. Déjà aujourd'hui les peuples étrangers ne comprennent rien à toutes nos controverses, car il n'est venu à aucun d'eux l'idée que dans notre société moderne, l'Etat ou la commune puissent se décharger d'un devoir sacré en abandonnant à des congrégations religieuses, dont les membres sont fatalement guidées avant tout par l'esprit de prosélytisme, le soin de venir en aide dans leurs maladies aux pauvres et aux déshérités de la fortune. (*Nombreux applaudissements*). Malheureusement, en matière d'hospitalisation comme en tant d'autres choses, nous ne nous tenons pas suffisamment au courant de ce qui se passe à l'étranger. Nous nous croyons en avance et nous apprenons trop souvent que nous nous sommes laissés distancer.

« Cette œuvre de la laïcisation, elle s'imposait, en dehors de toute considération d'ordre philosophique, par l'intérêt des malades, par les progrès de la science moderne qui exige, de la part du personnel secondaire, des connaissances professionnelles qu'il était impossible de songer à obtenir avec l'ancien mode de recrutement.

« Il y a vingt ans, en effet, le personnel secondaire était composé de 156 surveillantes ou sous-surveillantes laïques, et de 604 religieuses, exerçant leur autorité sur 1,970 infirmiers, infirmières, garçons et femmes de service. Le nombre des emplois gradés accessibles aux laïques étant peu considérables et les chances d'avancement des plus restreintes, le recrutement du personnel secondaire se faisait dans les conditions les plus défectueuses. Les religieuses, qui se réservaient d'ailleurs le soin de recruter elles-mêmes leurs filles de service, étaient contraintes de faire venir du fond de la campagne des femmes honnêtes et dévouées sans doute, mais dépourvues d'instruction et incapables d'acquérir les connaissances professionnelles suffisantes.

« Aujourd'hui, du fait de la laïcisation, la situation n'est plus la même. On compte dans les emplois gradés réservés aux laïques 184 postes de surveillantes, 327 de sous-surveillantes, 286 de surpléantes et 241 de premières infirmières, soit une augmentation de près de 900 emplois gradés, accessibles au personnel laïque. Des écoles d'infirmiers et d'infirmières ont été créées à la Salpêtrière, à Bicêtre et à la Pitié; des cours primaires ont été ouverts dans les établissements les plus importants, où des cours pratiques fonctionnent parallèlement à ceux des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières dont ils sont le complément obligé.

« Ces cours sont suivis avec la plus grande assiduité et chaque année voit s'accroître le nombre de ceux d'entre vous qui sont munis de diplômes correspondant aux différents grades de la hiérarchie dans le personnel secondaire. L'émulation qui résulte du nouvel état de choses profite aux malades et l'un des grands bienfaits de laïcisation aura été de mettre à la disposition de l'administration de l'Assistance publique un personnel instruit et désireux de bien faire parce qu'il sait qu'aujourd'hui, avec du travail et de la conduite, il est possible de sortir des infimes emplois de début et de voir son mérite récompensé (*Nouveaux applaudissements*).

« Soyez assurés, Mesdames et Messieurs, que le Conseil municipal saura reconnaître vos efforts et qu'à mesure que se développera le niveau de votre instruction professionnelle il se fera un devoir d'augmenter votre bien-être. La dépense pourra s'en trouver augmentée, mais loin de nous en plaindre nous nous en féliciterons, car, s'il est une dette qui s'impose, c'est celle de faire une situation digne et enviée à ceux qui ont tenu à se mettre par leur travail et leur affabilité à la hauteur de cette tâche si belle et si difficile : l'assistance des pauvres et des deshérités dans leurs moments de maladie (*Applaudissements répétés*).

« Cette tâche, nous en avons l'assurance, vous saurez la remplir dans toute son étendue. Si tout n'est pas fait à l'heure actuelle, les difficultés premières sont vaincues. Vous n'avez qu'à vous laisser guider par les excellents maîtres qui se consacrent avec tant de dévouement au développement de votre instruction professionnelle et que nous avons tenu à associer à cette solennité en les mettant à une place d'honneur à vos côtés.

« Je me fais l'interprète du Conseil municipal en remerciant tout particulièrement M. le Dr Bourneville, le directeur de vos cours d'enseignement professionnel, du dévouement désintéressé qu'il apporte depuis 15 ans pour mener à bien la réforme dont il a été l'un des premiers instigateurs, alors qu'il faisait partie de notre assemblée communale (*Vifs applaudissements*). — Grâce à lui, le succès de cette réforme est aujourd'hui assuré ; il dépend de vous qu'elle porte rapidement tous ses fruits en suivant les conseils qu'il ne cesse de vous donner et qu'il vous rappelait à l'une de vos distributions de prix. Laissez-moi citer ses paroles, c'est la meilleure réponse qui puisse être faite aux calomnies dont est l'objet l'œuvre à laquelle il a tant contribué :

« Nous comptons, disait-il, sur vous tous, Mesdames et Messieurs, pour défendre la laïcisation, et vous savez quel est le meilleur moyen que vous devez employer dans ce but : c'est de bien soigner vos malades ; de les tenir aussi proprement que possible ; de veiller à l'extrême propreté des lits et des salles de malades ; de veiller à votre propreté personnelle ; d'obéir scrupuleusement aux prescriptions médicales et de vous conformer strictement et rigoureusement aux règlements et aux ordres de l'Administration. »

« En demandant à l'Administration d'adjoindre aujourd'hui au personnel des services de cholériques des délégations de tous les autres services, nous avons voulu vous témoigner notre satisfaction de voir ces prescriptions rigoureusement observées.

« Mesdames, Messieurs,

« La récente épidémie cholérique a mis en lumière le dévouement du personnel secondaire des hôpitaux. Pour nous, qui vous connaissons, qui vous savons présents à toute heure dans les services où se traitent des maladies non moins redoutables, la diphtérie, la variole, la scarlatine, l'érysipèle et les autres maladies contagieuses, ce dévouement ne pouvait nous surprendre.

« La solennité de ce jour est un hommage rendu à votre dévouement de tous les instants. Elle est, de notre part, un acte de justice envers le personnel secondaire des hôpitaux, trop longtemps oublié, mais dont nous nous faisons un devoir d'aider et de suivre le relèvement professionnel.

« Remplissez largement votre devoir de fraternité, le Conseil municipal saura remplir le sien à votre égard. » (*Triple salve d'applaudissements.*)

M. Poubelle, préfet de la Seine, prend ensuite la parole en ces termes :

« Mesdames, Messieurs,

« La fête d'aujourd'hui, qui vous est offerte par la Ville de Paris, est une occasion toute naturelle, pour le représentant du Gouvernement, de vous exprimer les sentiments de haute estime et de sympathie qu'inspire à tous votre dévouement. (*Assentiment.*)

« L'épidémie cholérique a été une occasion de le reconnaître et de le constater d'une manière particulièrement signalée.

« Mais ce n'est pas seulement dans des circonstances exceptionnelles que vos qualités trouvent l'occasion de se produire. C'est par une action de tous les jours, par une activité attentive, persévérante, que vous montrez la solidité de votre caractère ainsi que les sentiments de compatissante humanité qui inspirent votre cœur. (*Très bien ! très bien !*)

« Les récompenses qui pourront être données à celles d'entre vous qui se sont le plus distinguées, celle qui a déjà été décernée à l'honorable surveillante que j'aperçois devant moi, Madame Brochard, qui partage l'honneur de porter la croix avec les docteurs Galliard et Muselier (*nombreux applaudissements*), prouvent que le Gouvernement sait reconnaître, même par la distinction la plus haute, toute la valeur du dévouement que vous montrer vous-mêmes. (*Nouveaux applaudissements.*)

« La Ville de Paris est fière de son personnel et la démocratie républicaine est heureuse de montrer que les sentiments de solidarité humaine et de fraternelle assistance qui vous

animent sont capables de provoquer les plus beaux dévouements.

« Mesdames et Messieurs, votre devoir est surtout un devoir de tous les jours, votre tâche, à ne la regarder que par ses détails matériels, est une des plus pénibles et des plus tristes : vivre jour et nuit, des mois, des années avec des personnes souffrantes, n'avoir autour de soi que le spectacle de toutes les misères et de tous les désespoirs, quelle triste et pénible existence ! Et pourtant elle ne vous lasse ni ne vous décourage.

« Nous n'avons pas la prétention de rénumérer exactement les services que vous rendez. Il y a des choses qui ne se paient pas. Ce sont les choses dans lesquelles on met son cœur, sa vie, où l'on se donne soi-même (*Salve d'applaudissements*).

« Sans doute nous tenons à vous assurer une existence honorable. Mais nous tenons surtout à vous faire comprendre — et c'est le but de cette réunion et de la présence de tant de personnes qui vous témoignent ici leur sympathie — que votre mérite ne passe pas inaperçu, et que votre mission et votre rôle sont des plus élevés.

« Vous êtes appelés non seulement à assister les malades, à les secourir, mais encore à les consoler.

« C'est en aimant les malades, en leur faisant sentir que vous compatissez à leurs maux, que vous pourrez aider le plus utilement le médecin et vous associer vraiment à son œuvre.

« Sans doute, l'enseignement que vous recevez vous permet de pratiquer adroitement certains pansements, de donner utilement des soins de tous les instants, il vous aide à mieux juger l'état du malade, vous met à même d'avertir le médecin ou l'interne des modifications qu'ils ont intérêt à connaître et dont vous pouvez vous rendre un compte exact, puisque vous êtes, à chaque instant, près de la couche de ceux qui souffrent.

« Mais là ne se borne pas votre rôle. Il faut que les malades sachent que vous les aimez ; il faut que les malheureux, séparés de leurs familles, qui se sentent isolés et dont le cœur est encore attristé par le tableau de la souffrance qui les entoure, comprennent que les infirmières et les surveillantes ne sont pas à leur égard des étrangers et des indifférents, mais des amis bienfaisants qui sympathisent avec leur douleur. C'est surtout à vous que je m'adresse, Mesdames, parce que les femmes sont plus à même de comprendre la puissance secourable des sentiments affectueux.

« L'état moral d'un malade est un élément très important de sa guérison. Quelqu'un qui a confiance dans ceux qui l'entourent, en qui il devine le désir de le soulager, trouve en lui-même une volonté de vivre qui l'aurait peut-être abandonné, s'il se fût senti isolé et délaissé.

« Il y a souöent dans les forces morales une dernière ressource que le médecin ne peut saisir, mais que le cœur d'une personne dévouée peut évoquer pour en faire sortir le salut (*Vifs applaudissements*).

« C'est cette mission de sacrifice et de cordial dévouement qui fait la grandeur de vos modestes fonctions et les élève à la hauteur de la plus noble ambition.

« Mesdames et Messieurs, soyez assurés que vous trouverez toujours dans le Directeur de l'Assistance publique, dans le Conseil de surveillance qui le seconde, dans le Corps municipal, dans le Gouvernement, enfin dans la population parisienne toute entière, une profonde sympathie, aussi bien pour votre œuvre de chaque jour que pour les dévouements exceptionnels, tels ceux que nous célébrons aujourd'hui et dont nous vous remercions. » (*Applaudissements répétés.*)

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris, répond par le discours suivant :

« Mesdames, Messieurs,

« Au nom du personnel des hôpitaux, au nom de ceux que les suffrages de leurs collègues ou de leurs compagnes a désignés pour les représenter devant vous, et au nom de ceux qui les ont choisis, je remercie le Conseil municipal de s'être associé à la proposition qui lui a été faite par l'un de ses membres ; je remercie le Bureau de l'éclat dont il a entouré cette touchante cérémonie. Je remercie particulièrement M. le président du Conseil municipal et M. le préfet de la Seine de leurs éloquentes paroles et de l'hommage qu'ils ont rendu aux victimes du devoir professionnel. (*Assentiment.*)

« Ce m'est une occasion de plus de témoigner, dans la personne de son éminent représentant, notre reconnaissance au gouvernement de la République, qui n'a pas voulu distinguer entre les dévouements et a donné des récompenses égales à ceux qui avaient été égaux devant le danger. (*Très bien ! — Applaudissements.*)

« M. le président du Conseil municipal a rappelé le souvenir des morts frappés pendant la bataille. Les paroles qu'il a prononcées ne vont pas seulement à la mémoire de ceux qu'il a nommés : elles touchent l'ensemble anonyme des dévouements obscurs et inconnus. (*Nouveaux applaudissements.*)

« Messieurs, ceux au nom de qui j'ai aujourd'hui le grand honneur de parler n'emporteront pas seulement de cette fête, de son éclat, de cet Hôtel de Ville qui a gardé pour les recevoir sa parure des grands jours, un de ces souvenirs qui demeurent et qu'on évoque encore à de lointaines années de distance ; ils sortiront de ce palais plus dévoués que jamais à cette grande œuvre de la laïcisation (*triple salve d'applaudissements*) ; ils en sortiront plus rassurés que jamais au sujet de cette agitation dont vous leur avez montré l'inanité, et dont bientôt le suffrage universel fera une fois de plus justice. (*Assentiment.*)

« Ils sortiront d'ici plus résolus que jamais à persévérer dans la voie du devoir et du dévouement et à remplacer pour les malades cette famille absente dont parlait M. le préfet de la Seine, bien décidés, en un mot, à se montrer toujours dignes de Paris et de la République. » (*Applaudissements répétés.*)

A la suite de cette réception, un lunch a été offert aux membres des délégations et aux invités dans un salon voisin où se fait entendre la musique de la garde républicaine, mise à la disposition de la Municipalité par M. le général Saussier, gouverneur de Paris. (*Bulletin municipal* du vendredi 17 février).

L'Hôpital Boucicaut.

Le jury chargé d'examiner les travaux présentés au concours d'avant-projet pour la construction de l'hôpital Boucicaut a rendu sa décision. On sait que, par testament daté du 26 décembre 1886, Mme Boucicaut a institué l'Assistance publique sa légataire universelle. Suivant les conditions indiquées par la testatrice, 8 millions doivent être consacrés à l'édification d'un hôpital destiné à être établi de préférence sur la rive gauche. Se conformant à ces volontés, le conseil de surveillance de l'Assistance publique, d'accord avec le Conseil municipal, s'est prononcé, le 28 mars 1890, pour l'acquisition d'un terrain de 20,680 mètres, rue de Vouillé, au prix de 451,000 francs.

De bien des côtés, on s'est étonné que l'Assistance publique n'eût pas montré plus d'empressement à mettre la main à l'œuvre, mais le prix de la dépense nécessaire à la construction de l'hôpital créait, en effet, au conseil de surveillance l'obligation de laisser accumuler les revenus afin de posséder les ressources suffisantes pour achever la construction sans toucher au capital.

Cette difficulté étant désormais levée, les concurrents ont été invités à prendre part au concours. 43 projets ont été présentés. Sur ce nombre, le jury n'a pas cru devoir accorder à l'un des concurrents la prime principale, dont le montant s'élevait à 6,000 fr. Les autres primes ont été réparties de la manière suivante : Primes de 4,000 fr. : MM. Alphonse Legros, Alexandre Legros et Michelin ; Primes de 2,000 fr. : MM. Courtois-Suffit, Blancq et Calinaud. D'accord avec le préfet de la Seine, le jury a attribué une prime de 2,000 fr. aux avant-projets présentés par MM. Duttenhoffer, Honoré, Boileau, Maistrasse et Bernard.

Le jugement relatif à l'adoption du projet définitif de construction ne sera rendu que plus tard. Disons toutefois dès maintenant que le plan du nouvel hôpital devra tenir compte des modifications exigées par les progrès de la science moderne. C'est ainsi que, d'après l'ensemble des projets présentés, au lieu de diviser l'hôpital en deux parties réservées aux hommes et aux femmes, on adoptera la division, par nature de service, en salles de médecine, de clinique et de maternité, qui répond mieux aux besoins des malades.

Les services de chirurgie, en particulier, seront divisés en deux classes réservées aux malades infectés et aux malades non infectés, innovation capitale que nous sommes heureux de pouvoir mettre en relief. De nombreuses chambres d'isolement et d'opérations seront attribuées à chacune de ces classes. Des chambres de suspects seront réservées au service de consultation dont les attributions doivent être très étendues. L'hôpital, qui sera desservi par des religieuses et par un aumônier, comprendra 150 lits. Suivant le vœu présenté si souvent par le Conseil municipal, une extension particulière sera donnée au service de la maternité qui recevra 18 femmes accouchées, 4 femmes enceintes et 2 suspectes.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 27. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Marie, Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Déjerine.

MARDI 28. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Le Dentu, Quénu, Maygrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Le Fort, Nélaton, Brun. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Charrin, Ménétrier.

MERCREDI 1er. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Sébileau, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Weiss, Gaucher.

JEUDI 2. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Gilbert.

VENDREDI 3. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Ricard, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Tillaux, Jalaguier, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Potain, Brissaud, Chauffard.

SAMEDI 4. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Schwartz, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Peter, Ballet, Ménétrier. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Hôtel-Dieu : MM. Laboulbène, Chantemesse, Charrin. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

JEUDI 2. — M. Chanson. Essai sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis. — M. Dufournier. Des injections des liquides organiques au point de vue physiologique et thérapeutique. — M. Gasnier. Etude sur la paralysie faciale hystérique. — M. Lully. La physiologie expérimentale appliquée à la thérapeutique. — Contribution à l'étude expérimentale et clinique d'un produit cristallisé tiré de l'essence d'eucalyptus (Bichlorhydrate d'eucalyptène). — M. Brisson. Procédés d'extraction des corps étrangers intravésicaux. — M. Pépin. Pathogénie et traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme. — M. Roullet. Du pannus. — De l'antipyrine dans le traitement local du pannus dit strumeux. — M. Batchoursky. Contribution à l'étude du traitement opératoire du pied bot paralytique (équin-varus fixe et ballottant). — M. Lallemand. Des escarres vulvaires après l'accouchement. — M. Mauclaire. Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. Leur traitement par la méthode sclérogène pure ou combinée au curetage. — Arthrectomie précoce et répétée. — M. Royer. Etude sur les exostoses de croissance.

Enseignement médical libre.

Technique bactériologique. — M. le Dr LATTEUX, ancien chef du laboratoire de la Charité, recommencera son cours de Technique bactériologique et de microbiologie, le 1er mars, à 2 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, comprend toutes les manipulations exigées journellement dans la recherche des principaux microbes. Les élèves sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. On s'inscrit, 17, rue du Louvre, chez le Dr Latteux, de 1 heure à 2 heures.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 févr. 1893 au samedi 18 févr. 1893, les naissances ont été au nombre de 1314 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 460 ; illégitimes, 207, Total, 667 — *Sexe féminin* : légitimes, 448 ; illégitimes, 199. Total, 647.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 févr. 1893 au samedi 18 févr. 1893, les décès ont été au nombre de 1029 savoir : 556 hommes et 473 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 7, T. 15 — Variole : M 0. F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 2, T. 5. — Scarlatine : M. 2, F. 2 T 4 — Coqueluche : M. 13, F 8, T. 21 — Diphtérie, Croup : M. 12, F. 16, T. 28. — Affections cholériformes : M. 0. F. 0. T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 131, F. 74, T 205. — Méningites tuberculoses : M. 7, F. 5. T. 12. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 10. T. 20 — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 9, T. 10 — Tumeurs malignes : M. 20, F. 30, T. 50. — Méningite simple : M. 20, F. 7, T. 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 17, T. 40. — Paralysie, M. 7, F. 2, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 4, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 17, F. 31, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 17, T. 28. — Bronchite chronique. M. 25, F 19 T. 44. — Broncho-Pneumonie : M. 31, F. 10, T. 41, — Pneumonie : M. 36, F. 29, T. 65. — Autres affections de l'appareil respiratoire ; M. 24, F. 19, T. 36. — Gastro-entérite, biberon : M. 17 F. 19, T. 36 — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 3, T. 7. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 1. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Débilité congénitale : M. 19, F. 14, T. 33 — Sénilité : M. 12, F. 21, T. 33. — Suicides : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres morts violentes : M. 7, F 3, T. 10. — Autres causes de mort : M. 73, F. 77, T. 149 — Causes restées inconnues : M. 8, F. 5, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 89, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 18. Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 16. Total : 40.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Année scolaire 1892-1893, 2e semestre). — *Cours complémentaire d'Accouchements.* — M. MAYGRIER, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le samedi 4 mars 1893, à 5 heures (Grand Amphithéâtre) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours d'Hygiène. — M. le Pr PROUST commencera le cours d'hygiène le samedi 4 mars 1893, à 4 heures de l'après-midi Grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de Médecine légale. — M. le Pr BROUARDEL commencera le cours de médecine légale le vendredi 3 mars 1893, à 4 h. de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de Physique médicale. — M. le Pr GARIEL commencera le cours de physique médicale le samedi 4 mars 1893, à 1 h. (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Revision et applications biologiques de l'électricité ; — Actions moléculaires et acoustique.

Cours de Pathologie chirurgicale. — M. le Pr LANNELONGUE commencera le cours de pathologie chirurgicale le vendredi 3 mars 1893, à 3 h. (Petit Amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de Pathologie interne. — M. le Pr DEBOVE commencera le cours de pathologie interne le samedi 4 mars 1893, à 3 h. (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences d'Anatomie pathologique. — M. LETULLE, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le samedi 4 mars 1893, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences d'Histologie. — M. RETTERER, agrégé, commencera les conférences d'histologie le vendredi 3 mars 1893, à 5 heures (Grand Amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. GAUCHER, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 8 mars, à 5 h., à la Faculté de médecine, dans le petit Amphithéâtre, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans le même Amphithéâtre, — et tous les dimanches, à 10 h. 1/2 du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'Amphithéâtre des Cliniques. Il traitera des principales maladies cutanées. Les leçons du dimanche matin, à l'hopital Saint-Louis, seront des démonstrations cliniques et pratiques, relatives aux sujets traités théoriquement dans les leçons des mercredis et des vendredis à la Faculté.

Conférences de Pharmacologie. — M. ANDRÉ, agrégé, commencera ces conférences le samedi 4 mars 1893, à 11 heures (Petit Amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. THÉVENIN (Léon-Paul), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, préparateur de thérapeutique, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. QUEIREL (Auguste-Emile-Adèle), ancien suppléant des chaires d'accouchement et de gynécologie, à l'École de plein exercice de

médecine et de pharmacien de Marseille, est nommé professeur de clinique obstétricale à la dite Ecole.

Ecole des Hautes-Etudes. — M. Foussereau (Georges-Ernest-Marie), secrétaire de la Faculté des sciences de Paris, est nommé secrétaire des Commissions de Patronage des sections des sciences naturelles et des sciences physico-chimiques de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, en remplacement de M. Philippon, décédé.

Ecole vétérinaire d'Alfort. — Le Ministre de l'Agriculture, M. le Dr Viger, poursuivant la série de ses visites aux principaux établissements dépendant de son Administration, s'est rendu à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, où il a été reçu par le directeur, M. Trasbot, qui lui a présenté les différents professeurs de l'Institution. M. Viger, après avoir visité successivement les services de l'Ecole, a remis la croix d'officier du Mérite agricole à M. Barrier, professeur d'anatomie, et celle de chevalier à M. Adam, professeur de physique et de chimie.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de médecins du Bureau central.* — La liste définitive du jury de ce concours se compose de MM. Robin, d'Heilly, Fernet, Joffroy, Brault, E. Labbé, Peyrot.

Association générale des Médecins de France. — L'Association générale des Médecins de France a tenu la semaine passée, dans l'Amphithéâtre de l'Assistance publique, son assemblée générale sous la présidence de M. le Dr Bucquoy. Après avoir entendu l'allocution du Président, le rapport du Secrétaire le Dr Gérard Piogey, le compte rendu financier de M. le Dr Brun, l'assemblée a voté les conclusions du rapport de M. le Dr Philbert, sur les vœux des Sociétés locales et sur la création de la Caisse « indemnité-maladie ». M. le Dr Vidal, médecin honoraire des hôpitaux, a été nommé vice-président, en remplacement du Dr Horteloup, récemment décédé.

Accident de laboratoire. — Au cours d'une expérience, mardi dernier, au Collège de France, M. Eugène Tassilly, préparateur de M. Berthelot, a été blessé au visage par l'explosion spontanée d'un ballon plein d'acide sulfurique. Le jeune préparateur s'était précipité vers un vase plein d'alcool, et, croyant que c'était de l'eau, s'en était aspergé le visage. Cette erreur a déplorablement aggravé ses blessures.

Incinération des cholériques en Allemagne. — Ces jours derniers au Reichstag, dans la discussion du chapitre du budget relatif à l'office sanitaire, M. de Bœtticher, secrétaire d'Etat, a fait la communication suivante : « Il résulte, a-t-il dit, d'expériences sur des cadavres de cholériques, que le bacille du choléra ne tarde pas à se détruire. » Le ministre a exprimé l'opinion que l'on devra tenir davantage la main à l'enfouissement des animaux. Quant à la question de l'incinération, elle n'est pas du domaine de l'empire.

Médecins des Lycées. — M. le Dr Meunier est nommé médecin-adjoint du Lycée de Tours, en remplacement de M. le Dr Sainton, décédé.

Mesures sanitaires en Angleterre. — On mande de Londres que les représentants des autorités sanitaires des ports de la Grande Bretagne se sont réunis hier en conférence à Mansion-House, pour étudier les mesures préventives à prendre contre l'invasion du choléra. Le lord-maire présidait la conférence. Diverses mesures ont été adoptées, et il a été décidé que les dépenses afférentes seraient supportées par l'Etat.

Nécrologie. — M. le Dr Didion (de Nancy). — M. le Dr P. Meynet, médecin honoraire des Hopitaux de Lyon. — M. le Dr Morel prosecteur de l'Ecole de médecine de Caen. — M. le Dr Orlet, médecin de l'état civil du XIIIe arrondissement de Paris. — Un étudiant en médecine, M. Mariotte, a succombé à son domicile aux suites d'une angine diphtérique qu'il avait contractée en donnant ses soins à un malade atteint de la même affection et en traitement à l'hôpital Lariboisière. Le Conseil municipal a décidé, sur la proposition de M. Strauss, que M. Mariotte, élève en médecine, mort de diphtérie à Lariboisière, serait inhumé aux frais de la Ville. Aux obsèques on remarquait les représentants du préfet de la Seine et du directeur de l'Assistance publique ; MM. les Drs Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, Tillaux, Poirier, Troisier, chef de service du défunt, Vorbe et Blachette, conseillers municipaux, précédés d'une grande couronne de lilas blanc, offerte par la Ville, enfin les délégations de l'hopital Lariboisière avec deux belles couronnes, des étudiants en médecine avec une énorme couronne de roses et de lilas, de l'Association générale des étudiants, avec une couronne, etc. Trois discours ont été prononcés ; par M. Vorbe, au nom de la Ville ; par M. Poirier, au nom de la Faculté de médecine; par un ancien président de la section de médecine de l'Association, au nom des étudiants. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons le décès de M. le Pr Ball. Nous publierons une notice nécrologique dans notre prochain numéro.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. le Dr Charcot. Leçons le mardi à 9 heures 1/2. — *Maladies nerveuses et mentales.* — MM. Joffroy et Jules Voisin : le jeudi et samedi de chaque semaine à 9 h. 45.

Hôpital de la Pitié.—M. Albert Robin.—(*Semestre d'hiver*). vendredi à 9 1/2 : Leçons sur les maladies de l'estomac : Clinique et thérapeutique. Mercredi à 9 h. : Examen des malades nouveaux. Lundi et samedi : Conférence clinique. — (*Semestre d'été*). Vendredi à 9 1/2 : Leçons de chimie pathologique appliquée à la thérapeutique. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Reclus (Amphithéâtre no 3), le jeudi à 9 heures. Mardi et samedi, leçons cliniques au lit du malade.

Hôpital de Lourcine. — M. le Dr de Beurmann : Affections vénériennes et syphilitiques, le lundi à 10 heures.

Hospice de Bicêtre.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux :* M. Dejerine, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. Bourneville, samedi à 9 h.

Hôpital Lariboisière. — M. le Dr F. Raymond : Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le jeudi, à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique chirurgicale :* M. Richelot : leçons cliniques le mercredi, à 9 heures et demie. Les travaux du service sont organisés comme il suit : *Lundi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Mardi* : Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (Salle Denonvilliers). — *Mercredi* : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opération. — *Jeudi* : Opération abdominale (Châlet). — *Vendredi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Samedi* : Opérations abdominales (Châlet). — *Service de M. le Dr* Bar, visite chaque matin à 9 h. ; — lundi et vendredi, à 10 h., leçons théoriques sur la grossesse et l'accouchement, par le Dr Tissier ; — conférences au laboratoire par le Dr Rénon.

Hôpital de la Charité. — M. le Dr P. Budin : leçons de *clinique obstétricale* le jeudi, à 10 heures du matin (Amphithéatre Velpeau).

Hôpital des Enfants-Malades (149, rue de Sèvres). — *Chirurgie infantile. Orthopédie.*— M. le Dr de Saint-Germain, le jeudi, à 9 heures. — Depuis le 1er février, M. Marfan, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies de l'enfance, fait des leçons à l'hôpital des Enfants-Malades, à quatre heures de l'après-midi, les mardis et samedis.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau : le dimanche, à 9 heures 1/2, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques.

Hôpital du Midi. — M. Humbert : le mardi, à 9 h. 1/2.

Hôpital Lariboisière. — *Clinique laryngoscopique.* — M. le Dr Gouguenheim reprendra ses cours, dimanche 26 février, à 10 heures, et les continuera tous les dimanches à la même heure. Examens cliniques les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures du matin.

Les **Archives de Neurologie**, publiées sous la direction de M. le Professeur Charcot, afin de tenir plus rapidement leurs lecteurs au courant des publications relatives à l'aliénation mentale et à la neurologie, paraîtront tous les mois, à *partir du premier mai prochain.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 9. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 4 MARS 1893.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en Russie;

par le Dr L. FIAUX.

Date relativement récente de l'introduction de la prostitution réglementée en Russie. — La police des mœurs à Pétersbourg et à Moscou en 1844. — Les travaux statistiques de Sperck (de Pétersbourg). — La prostitution réglementée devant les Sociétés savantes et les congrès médicaux russes. — Essai d'administration expérimentale à Moscou. — Enquête générale du Comité central de statistique de l'Empire (1889-1891).

Il faut venir à ces vingt dernières années pour trouver en Russie des travaux de médecine sociale sur la question de la prostitution d'une valeur rappelant ceux que publiait en France, dès 1836, l'hygiéniste Parent-Duchatelet. La troisième édition du célèbre livre du médecin français, donnée en 1857 avec le complément d'une série de monographies concernant l'hygiène, la statistique et l'administration de la police des mœurs dans les principales villes de l'Europe, contient des études sur le Danemark, même sur la Norwège, mais s'arrête là à la frontière du nord : elle ne dit mot de l'empire russe.

La police des mœurs proprement dite, analogue à notre police occidentale, est en effet d'une date relativement récente en Russie; c'est seulement en 1844 qu'elle y fut introduite (1), dans les deux capitales d'abord, à Pétersbourg et Moscou, puis à Odessa et dans l'empire tout entier. En 1862, le gouvernement paracheva l'organisation en donnant un fonctionnement régulier aux Comités dits medicopoliciers. Le Comité ou service des mœurs fait partie dans les grandes villes du Comité de police sanitaire et est placé sous la direction du préfet de police; présidé par le préfet ou son délégué, il est composé de deux médecins et du chef du service administratif du bureau des mœurs ; il se réunit chaque semaine; ses décisions sont transmises d'une part aux agents du service actif, appelés surveillants, dont les fonctions vis-à-vis les femmes sont semblables à celles de nos inspecteurs, et aux médecins chargés des visites sanitaires pratiquées avec le concours de quelques sages-femmes. Dans les autres villes et pays de l'Empire, la surveillance de la prostitution fut abandonnée à la police ordinaire et aux médecins municipaux, les instructions gouvernementales leur enjoignant en principe l'application des mêmes règlements administratifs que dans les villes-capitales ou de premier ordre. On comprend, dès lors, que les documents aient fait longtemps défaut, et par suite les correspondants.

C'est au médecin en chef de l'hôpital Kalinkin, de Pétersbourg, le Dr Ed. Sperck, que revient l'honneur d'avoir le premier fait la lumière sur la question de la prostitution dans son pays. Le 1er novembre 1871, il réformait de fond en comble la statistique administrative jusque-là usitée pour l'observation des prostituées : il établissait la *statistique individuelle et nominative* (2). Désormais, chaque femme inscrite avait son histoire particulière où n'étaient pas seulement consignés ses nom et prénoms, son âge, sa situation civile, sociale et professionnelle, mais aussi la

(1) Règlement ministériel du 29 mai 1844 concernant les maitresses de maisons et les filles publiques.

(2) Règlement ministériel du 28 juillet 1861, concernant les mêmes personnes. Ordonnance ministérielle de la même date, instituant un Comité médico-policier à Pétersbourg.

date de son inscription, la date de l'éclosion des maladies spéciales, leur marche quotidienne, leurs complications, leurs récidives, le traitement subi, sa durée. Minutieusement appliquée aux femmes des trois classes de la prostitution, les femmes en maisons, les isolées, les clandestines, pendant des années, sans interruption aucune, une telle méthode devait nécessairement mettre à nu des conclusions d'une originalité inattendue et d'une très précise authenticité. Au point de vue de la syphilis notamment, la méthode individuelle établissait des proportionnalités désastreuses chez les jeunes filles nouvellement inscrites et surtout chez celles internées dans les maisons publiques, proportionnalités déjà entrevues, il est vrai, par Parent-Duchatelet, mais non point indiquées avec la certitude mathématique qui a finalement permis à Sperck de formuler la loi de propagation de la syphilis chez les femmes publiques. En 1873 et en 1877, dans deux articles du *Messager*, à mesure que les documents s'accumulaient, il pouvait déjà publier des observations du plus nouvel intérêt. Dans son remarquable mémoire de 1878 (1), complété par sa *Théorie statistique de la morbidité et de la mortalité appliquée à l'étude de la prostitution et de la syphilis* (2), il pouvait enfin achever et parfaire la démonstration.

En même temps que les premières observations de Sperck, paraissaient d'autres travaux avec chiffres intéressants, ceux de Kusnezow (3) et de Graziauski (4). La voie était ouverte, le mouvement scientifique parti d'Angleterre se faisait également sentir dans le monde médical russe. Les médecins militaires (5), les sociétés savantes, les congrès de médecine (6) étaient saisis de la question de la prostitution. Les conclusions de Sperck étaient contrôlées et confirmées. En 1888, enfin, deux mémoires d'une importance capitale étaient communiqués à la Société médicale de Kieff par le professeur de clinique dermatologique, Stoukovenkoff, et son assistant, le Dr P. Nicolsky, qui apportaient des preuves numériques solides à l'appui des déductions du médecin de l'hôpital Kalinkin : *La Statistique de la syphilis et du chancre mou parmi les prostituées inscrites de Kieff*, et *La Réglementation à Kieff envisagée au point de vue de la syphiligraphie moderne* (7). Cette même année 1888, on vit même un

(1) *Recherches statistiques sur la syphilis dans la population féminine de Pétersbourg.* (Petersburger medicische Wochenschrift, 8, 15, 22, 29 avril, 6 et 13 mai 1878. Traduct. franç. de Ch. Ochsenbein).

(2) *Etude d'hygiène sociale* (*Revue de morale progressive.* Déc. 1889). Ce recueil, édité à Paris, par Georges Carré, contient de nombreuses études de biologie, de physiologie et de statistique médicale.

(3) *Prostitution à Pétersbourg.* (*Archives de médecine légale et d'hygiène publique,* mars 1870).

(4) *Les maladies vénériennes et les prostituées de Pétersbourg* (1869-1870).

(5) Schmulewitsch. — *Rapport statistique sur l'état sanitaire des troupes* (Petersbourg, 1875).

(6) Sociétés médicales de Poltava, de Kharkoff (juin et septembre 1885), Congrès de la Société des médecins russes (Moscou, janvier 1887). — Dr Smirnoff. *Statistique relative aux prostituées de Moscou.* — Dr Mariane Koultschitzky. *Sur la valeur préventive de la visite.* — Dr Achscharoumoff. *Les maisons de tolérance et la visite préventive envisagées au point de vue prophylactique.* — Dr A.-J. Jacoby, professeur d'hygiène à l'université de Kharkoff, et A.-J. Pospielow, médecin à l'hôpital Miasnitzkaya, membre du Comité médico-policier de Moscou. *Sur la suppression des maisons publiques.*

(7) *Revue de morale progressive.* — Nos de février, mai et novembre 1889. — V. égalem. Actes du Ve congrès internat. tenu à Genève pour l'abolition de la prostitution réglementée (10-13 sept. 1890).

fait caractéristique et qu'il n'est pas inutile de souligner : on vit le gouvernement — un régime autocratique par excellence — s'émouvoir de tout ce mouvement et s'y intéresser. A Moscou, une Commission spéciale pour l'étude de la police des mœurs était nommée par le ministre de l'intérieur sur la proposition du Conseil municipal de la ville; elle concluait à l'inutilité et « au danger » de la réglementation coercitive, et cette conclusion provoquait la décision ministérielle suivante : le 22 juillet (3 août) 1888, le ministre adressait au gouverneur général de Moscou une instruction officielle qui modifiait complètement le fonctionnement actuel de la police des mœurs de la ville, jusqu'alors identique à notre police des mœurs. L'inscription et la visite obligatoire étaient supprimées; le comité medico-policier devenait une Commission consultative chargée des études relatives à la prostitution; les médecins de police de quartier étaient tenus de donner des certificats de santé aux femmes saines qui se présentaient *volontairement* à leur examen; la présentation de ce certificat était toutefois exigée par les inspecteurs de police des femmes entrant en maison ou fréquentant les maisons de passe. En fait, la recherche des insoumises se trouvait donc abolie. Quant à la municipalité, elle avait charge d'organiser immédiatement des ambulances de quartier et de mettre dans les hôpitaux un nombre suffisant de places à la disposition des vénériens. Le professeur Pospielow, un de ceux-là mêmes qui avaient critiqué l'ancien ordre de choses, était chargé de surveiller l'application de l'organisation nouvelle. Ainsi le fonctionnarisme russe faisait de l'administration expérimentale, de l'administration scientifique!

Toutes ces publications avaient préparé un milieu favorable : cette dernière mesure pouvait présager une action officielle d'une portée plus générale; aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner de la détermination récemment prise par le *Comité central de statistique de l'Empire*. Ce Comité, ayant entrepris dans ces trois dernières années une série de travaux de statistique ayant pour objet l'étude des principaux phénomènes de la vie publique de la population de la Russie, n'hésita point à porter également ses investigations sur la question de la prostitution et à l'envisager sociologiquement, tant au point de vue de l'éthique sociale que de l'hygiène spéciale.

Les enquêtes générales en Europe sur des sujets de portée sociale ne sont pas tellement fréquentes et poussées à fond qu'il soit permis de passer sous silence un document de cette importance. Relativement à la question qui nous occupe, trois gouvernements en Europe avaient seuls jusqu'ici satisfait l'opinion : l'Angleterre, l'Italie et la Belgique. L'enquête russe vient à son tour et n'est pas indigne pour l'intérêt et la portée des documents réunis des enquêtes précédentes (1).

§ I. — *Procédure de l'enquête. — Coup d'œil d'ensemble sur l'état numérique de la prostitution réglementée. — Chiffres totaux des maisons publiques, des isolées inscrites, des inscrites internées en maison. — Diminution progressive du nombre des maisons publiques. — Exemple de Pétersbourg. — Omission par le Comité du chiffre des inscrites disparues. — Supériorité numérique des isolés sur les femmes de maison. — Insignifiance des états numériques de la police des mœurs rapportée au chiffre de la population féminine russe totale. — Rapport numérique de la prostitution urbaine et de la prostitution rurale.*

Pour la préparation de l'enquête même, le Comité central de statistique avait fait appel à un autre service du ministère de l'intérieur, au département de médecine publique : tous deux avaient élaboré une série de questions se rapportant d'une manière générale aux maisons de tolérance et à leurs matrones, aux prostituées vivant dans ces maisons, aux prostituées isolées vivant indépendantes. Le travail d'enregistrement avait été confié aux médecins chargés du service de la police sanitaire par quartier : ils devaient procéder comme pour les grands recensements simultanés et opérés en un jour, une feuille spéciale étant affectée aux indications concernant chaque maison de tolérance et chaque matrone ou prostituée.

L'enquête avait été fixée au 1er (13) août 1889 (1). C'est donc comme la photographie de la prostitution réglementée à ce jour déterminé que nous avons sous les yeux, dans tous les gouvernements et provinces de l'Empire, à l'exception de l'arrondissement de Zakataly (Caucase), de la province de Tourgaï (Asie centrale) et de la Finlande, dans lesquels le recensement n'a pas eu lieu. Le 1er août 1889, l'enquête constatait donc l'existence de 52 maisons de « rendez-vous », de 1.164 maisons de tolérance, de l'inscription de 7.840 pensionnaires et de 9.763 femmes en carte.

Disons de suite, pour n'y plus revenir que le Comité de statistique, que les maisons de rendez-vous autorisées sont en très petit nombre : on les rencontre surtout dans les capitales et les ports, soit 17 à Moscou, 5 à Pétersbourg, 11 à Arkhangel, port militaire et commercial; dans les autres gouvernements on n'en constate que 2 à Kharkow (Petite-Russie) et 1 à Oufa (Tzarostic d'Astrakhan). Dans les villes de district, c'est à Tchérépovetz (gouv. de Novgorod) situé sur une grande voie fluviale, centre commercial et industriel, que se trouve le chiffre le plus élevé de ces maisons, 4; on n'en compte que 9 dans cinq villes de district peu importantes des gouvernements du centre, une seule dans les gouvernements de la Vistule et 2 en Sibérie.

Les maisons publiques sont de même groupées sur les points où la densité de la population atteint son maximum. Eu égard à l'immensité de son territoire la Russie est le pays de l'Europe où la population est la plus faible numériquement et aussi la plus inégalement répartie : la moyenne pour la Russie d'Europe est de 13 à 14 habitants par kilomètre carré; le gouvernement le plus peuplé est celui de Moscou qui contient 48 habitants par kilomètre carré; les moins peuplés sont ceux d'Astrakhan, d'Olonetz, d'Arkhangel, qui contiennent 4 habitants par kilomètre carré. La population des villes, formant plus du douzième de la population totale, il est facile de prévoir où devra se faire la concentration des maisons publiques.

C'est Moscou qui renferme le plus grand nombre de maisons, 117; l'autre capitale, Pétersbourg, n'en contient que 64. Ici nous reprendrons le Comité de statistique, qui paraît, comme on verra plus loin, avoir eu surtout à cœur d'envisager la prostitution comme un vrai problème sociologique, de ne point avoir doublé la valeur documentaire de ses renseignements en dressant un historique numérique de la prostitution en maisons, au moins dans ces dernières années : il nous eût appris que là, comme dans les autres grandes villes de l'Europe occidentale, la prostitution internée était en pleine décadence ainsi que le prouvent les chiffres suivants. A Pétersbourg en effet le nombre des maisons a oscillé de 1870 à 1876 entre 155 à 177 : le chiffre des 64 maisons encore existantes en 1889 prend dès lors une signification dont l'isolement le dépouillait. Les autres maisons sont ainsi réparties : 524 dans les chefs-lieux de gouvernement et de province, 443 dans les villes de district, et 26 dans les bourgades et villages. L'effectif des femmes internées dans les maisons est naturellement en rapport avec le nombre de ces établissements : les 117 maisons de Moscou contiennent 924 pensionnaires; les 64 maisons de Pétersbourg n'en contiennent plus que 584; dans cette dernière ville la population des tolérances a naturellement subi une décroissance en rapport avec l'amoindris-

(1) *Statistique de l'Empire de Russie.* XIII. *La prostitution d'après l'enquête du 1er (13) août 1889.* (Publication du Comité central de statistique du ministère de l'intérieur. — Gr. in-8° de 40 p. — Saint-Pétersbourg. Fusnot et Treuké, 1891).

(1) La mise en œuvre et la coordination des documents recueillis n'ont été terminées par M. N. Tromitsky que le 8 (20) août 1891, date de la publication du volume de l'enquête.

sement de cette forme de la prostitution réglementée (1).

La répartition territoriale des isolées en carte se fait sur les mêmes bases. A Pétersbourg on constate 1.647 inscrites libres : les indications numériques données dans les mémoires de Kusnezow et de Sperek nous montrent que de 1853 à 1863, c'est-à-dire pour une période décennale, le chiffre des inscrites libres a passé par une progression continue de 407 à 1.017 ; de 1864 à 1874 il a oscillé de 884 à 3.306 (1871) pour redescendre en 1875 à 1.887, à 1.413 en 1876 ; le chiffre actuel de 1.647 indiqué par le Comité de statistique est la justification de l'observation judicieuse de Sperck remarquant « que toujours et partout le chiffre des éparses est plus variable que celui des pensionnaires, pour deux raisons : il dépend des modifications de la réglementation et de l'esprit des agents chargés du service ; mais quelque sévères que soient ces conditions il existe une limite à partir de laquelle il devient impossible de soumettre un plus grand nombre de femmes au contrôle administratif. » Le service des mœurs en effet avait été réorganisé sur des statuts plus étroits en 1868 et les chiffres élevés d'inscrites isolées (1.378 en 1869, 2.792 en 1870, 3.306 en 1871) ne se maintiennent pas ; par une progression continue à rebours, ils tombent de 1.840 (1872) à 1.413 (1876) et 1.647 (1889), on vient de le voir. D'ailleurs, et c'est encore une critique que nous adressons au Comité de statistique, il n'est fait aucune mention du chiffre des femmes *disparues* par radiation involontaire ou autorisée. Si le Comité avait montré qu'à Pétersbourg le chiffre de 1889 ne représentait guère que la moitié des inscrites en carte en 1871, il aurait encore pu ajouter ce correctif que jamais le chiffre des disparues n'avait été aussi élevé que lorsque le chiffre des inscrites était le plus enflé : ainsi à partir de 1872, sur un chiffre total de 2.956 (éparses et pensionnaires), il disparait 1.572 femmes, soit 53 0/0 : en 1874, sur 2.567 femmes, il en disparaît 1 014, 39 0/0 ; en 1875, sur 2.971, il en disparaît 1.043, soit 35.1 0/0. Comme phénomène sociologique, il y avait là aux yeux du Comité un point suffisamment intéressant pour n'être point omis.

Revenons aux chiffres des inscrites en carte. Moscou n'en compte que 144. Ce chiffre est curieux : nous avons dit que par suite de mesures administratives récemment prises (et que le Comité de statistique eût bien fait de mentionner) l'inscription n'est présentement plus obligatoire à Moscou. Le chiffre de 144 représente donc à peu près exactement les inscriptions *volontaires*. Varsovie compte 810 femmes inscrites : Nijni-Novgorod, 531 (2) ; Kieff, 508 ; Riga 172 ; Kazan, 170 ; Samarcande, 157. Cette classe de femmes, dans les autres villes de gouvernement et de province, comprend 1.825 inscrites ; dans les villes de district 3.752 et dans les bourgades et villages 555.

Si nous concentrons ces données dans le raccourci d'un tableau nous voyons que les maisons de rendez-vous, les maisons de tolérance et les deux catégories de femmes se répartissent ainsi par groupes de gouvernements :

	Maisons de rendez-vous.	Maisons de tolérance.	Prostituées. En maison.	Prostituées. Isolées.	Totaux.
	—	—	—	—	—
Dans les 50 gouvern. de la Russie d'Europe	49 (94.2 0/0)	863 (74.1 0/0)	6.121 (78 0/0)	6 826 (69.9 0/0)	12.947 (73.6 0/0)
Dans les gouvern. de la Vistule.	1 (1.9)	47 (4.0)	302 (3 8)	1 716 (17.6)	2.018 (11.5)
Au Caucase.	—	81 (7 0)	508 (7.4)	420 (4.3)	1.000 (5.7)
En Sibérie	2 (2 9)	88 (7,6)	467 (6.0)	.297 (3.0)	764 (4.3)
Dans l'Asie centrale	—	85 (7.3)	370 (4.7)	504 (5 2)	874 (4.9)
Dans tout l'Empire : Totaux	52 (100)	1.164 (100)	7.840 (100)	9.763 (100)	17.603 (100)

« Ce qui attire l'attention ici, écrit M. N. Troïnitsky dans son commentaire (1), c'est que le nombre des prostituées en carte est sensiblement supérieur à celui des filles en maison. Au Caucase et en Sibérie, le total des filles en maison l'emporte, il est vrai, sur l'effectif des isolées, mais dans les autres localités on remarque que c'est la proportion inverse qui prédomine. Dans les 50 gouvernements de la Russie d'Europe, les filles isolées l'emportent sur les autres de 11.5 0/0 et dans l'Asie centrale de 36.2 0/0. Dans les gouvernements de la Vistule le nombre des isolées est même plus de 5 fois 1/2 plus élevé que celui des pensionnaires. On peut en conclure que, dans ces gouvernements, les prostituées, plus que dans les autres parties de l'Empire, sont portées à la vie libre, indépendante... » Le Comité, sans d'ailleurs caractériser en termes formels le fait en lui-même, n'a pu s'empêcher de faire ressortir par un simple rapprochement de chiffres l'insignifiance des états numériques de femmes surveillées par la police des mœurs en les rapportant au chiffre total de la population féminine russe. La prétention de toute réglementation d'influer sur la vie vénérienne d'une nation paraîtra étrange si l'on arrête les yeux sur ces chiffres parallèles :

Groupes de gouvernements.	Population féminine (2).	Proportion des femmes inscrites sur (cent mille) femmes.
—	—	—
50 gouv. de la Russie d'Europe.	42.896.000	30
Gouv. de la Vistule.	4.224.000	48
Caucase.	3.408.000	29
Sibérie.	2 082.000	37
Asie centrale.	2.523.000	35
Dans tout l'Empire.	55.133.000	32

Ainsi sur *cent mille* femmes, même dans les gouvernements de la Vistule où la proportion des inscrites est relativement élevée, comparée à celle des autres parties de l'Empire (à cause de la masse de troupes qui sont cantonnées dans cette région et de la surveillance plus sévère conséquemment exercée sur la prostitution), la police des mœurs n'a même pas en mains *cinquante* femmes 0/000 soit 1/2000[e] !

Que si nous envisageons la répartition des femmes inscrites dans les villes et dans les campagnes, non pas. fait suffisamment établi, pour montrer que la prostitution est un phénomène social essentiellement inhérent à la vie des villes (3), mais pour montrer la proportion des prostituées de la campagne rapportée au nombre total de la popula-

(1) ANNÉES.

Années	Nombre de maisoos de tolérance à Pétersbourg.	Nombre des femmes en maisons.
—	—	—
1870	155	816
1871	157	t.086
1872	168	t.116
1873	147	1.485
1874	156	973
1875	165	1.084
1876 1er janvier. .	177	1.167
1876 30 août. . .	177	968
1888	73	—
1889	64	584

(2) En aout 1889, époque de l'enquête, avait justement lieu dans cette ville la célèbre foire de Makarievsky, la plus fréquentée du monde entier.

(1) Enq., p. 6.

(2) *Annuaire statistique* de 1890. — Recensement de 1886, la Finlande exceptée.

(3) Groupes de gouvernements.	FEMMES INSCRITES. Dans les chefs-lieux de gouv	Dans les chefs-lieux de district.	Dans les bourgades et villages.	Totaux.
—	—	—	—	—
50 gouv. de Russie d'Europe. .	7.661	4.940	346	12.947
Gouv. de la Vistule.	1.288	547	183	2.018
Caucase.	591	292	117	1.000
Sibérie	446	275	43	764
Asie centrale.	490	370	6	874
Total pour l'Empire . .	10.484	6.424	695	17.603
	(59.6 0/0)	(36.9 0/0)	(3.9 0/0)	(100)

tion féminine rurale dans chaque gouvernement, nous voyons encore, même dans les pays de grands cantonnements militaires, combien ce chiffre est insignifiant :

Groupes de gouvernements.	Population féminine des districts.	Inscription d'une femme sur
50 gouv. de la Russie d'Europe.	36.394.000	105.184 femmes.
Gouv. de la Vistule	3.511.000 (1)	49.185 —
Caucase	3.115.000	26.623 —
Sibérie.	1.861.800	43.279 —
Asie centrale.	1.922.000	320.333 —
Total pour l'Empire . . . (*La Finlande exceptée*).	46.803.000	67.342 —

On peut faire abstraction de l'Asie centrale, dont la population extra-urbaine est presque absolument nomade et constitue un mauvais terrain pour les opérations systématiques de la police des mœurs ; il n'en reste pas moins que même dans les gouvernements de la Vistule où la prostitution rurale est plus développée qu'au Caucase, en Sibérie et dans les gouvernements de la Russie d'Europe, l'inscription des femmes se réduit à un chiffre proportionnel vraiment infinitésimal.

§ II. — *Etude particulière des maisons publiques. — Leur répartition d'après le nombre des pensionnaires. — Les maisons à* UNE *et à 25 pensionnaires. — Durée de l'existence d'une maison publique. — Neuf cinquantenaires. — Répartition des maisons d'après le loyer de l'immeuble. — Tenancières-propriétaires. — Que les maisons à bas loyer ou à clientèle populaire sont les plus nombreuses et contiennent le moins de pensionnaires; conséquences hygiéniques. — Du tarif d'entrée dans les maisons publiques. — Que les maisons à tarif d'entrée d'un rouble (2 fr. 50) et moins sont celles qui contiennent le moins de pensionnaires; conséquences hygiéniques. — Confirmation des observations précédentes par l'observation des tarifs relatifs au coucher en maison et à la location des pensionnaires pour « parties ». — Omission concernant le nombre des entrées de visiteurs.*

§ II.

Suivons maintenant l'enquête dans le détail des observations sociales qui lui sont suggérées par les diverses statistiques réunies plus particulièrement sur les maisons publiques. Le Comité a d'abord fait la répartition des maisons d'après le nombre des pensionnaires qui y sont internées. Dans les 863 maisons de la Russie d'Europe, les établissements « à trois prostituées » sont dans la proportion de 11 0/0; dans les 88 maisons de Sibérie, les établissements habités de même sont dans la proportion de 20.5 0/0 ; pour tout l'Empire, les maisons à trois femmes sont également en grande majorité, 11.9 0/0. Dans les gouvernements de la Vistule (47 maisons) et du Caucase (81 maisons), les maisons à cinq prostituées sont les plus nombreuses, de 17.4 à 17.2 0/0. Dans l'Asie centrale (85 maisons) ce sont les maisons à deux femmes qui dominent, 27 0/0.

Les maisons ayant 24.25 pensionnaires et plus sont les moins nombreuses : ainsi, dans tout l'Empire et dans les gouvernements de Russie, les maisons ayant 24 prostituées descendent à un minimum de 0.1 0/0. Dans les gouvernements de la Vistule, ce minimum remonte à 2.1 0/0, pour les maisons ayant 7, 13 et 16 pensionnaires ; au Caucase il est de 1.2 0/0 pour les maisons habitées par 14, 18 et 23 filles. En Sibérie et au Caucase, il redescend à 1.1 0/0 pour les maisons ayant, dans la première région, de 12 à 15, et, dans la seconde, de 11 à 14 et 21 pensionnaires. Le Comité n'a donné, on le voit, que des chiffres proportionnels : nous reviendrons plus loin sur ce point, à propos du loyer payé par les tolérances et donnerons ce qu'il est également intéressant de connaître, non pas seulement des chiffres proportionnels mais des chiffres absolus. Quoi qu'il en soit, tous les chiffres intermédiaires indiquant la présence de 3 à 25 filles et plus étant représentés, il est nombre de maisons qui ne contiennent que 2 et même qu'*une* pensionnaire (1).

(1) *Comité de statistique de Varsovie* pour 1890 (IIIe fascicule).

Quelle est la durée de l'existence d'une maison publique? Les chiffres recueillis (ici encore, sauf pour les maisons subsistant depuis plus de dix et cinquante ans, il n'existe au rapport général de l'enquête que des chiffres proportionnels) montrent que partout dans l'Empire, excepté dans les gouvernements de la Vistule, plus de la moitié des maisons ont été fondées dans la période quinquennale précédant immédiatement l'enquête, c'est-à-dire du 1er janvier 1884 au 1er (13 août) 1889. La majorité des maisons de cette catégorie se rencontre en Sibérie et dans l'Asie centrale, et le minimum dans les gouvernements de la Vistule. Le chiffre le plus élevé de maisons dont l'existence remonte à dix années, mais n'ayant pas débuté avant 1879, appartient également à la Sibérie (82.1 0/0) et à l'Asie centrale (82.4 0/0) ; le minimum se rapporte également aux gouvernements de la Vistule (62.5 0/0).

Les maisons dont l'ouverture remonte au delà de dix ans (il en subsiste 241 dans tout l'Empire sur le chiffre total de 1.164) se trouvent surtout dans les gouvernements de la Vistule (37.5) ; on constate le minimum en Sibérie (17.9) et dans l'Asie centrale (17 6).

Dans les gouvernements de la Russie d'Europe, l'enquête a relevé l'existence de maisons subsistant depuis plus de cinquante années, mais cette catégorie ne représente pas même 1 0/0 du total, soit 0.98 : en chiffres absolus, sur les 1.164 maisons de tout l'Empire, il n'en existe que 9 qui ont pu célébrer leur cinquantenaire.

La répartition des maisons, d'après *le loyer* à la charge des tenancières, est une donnée intéressante. Tout d'abord, notons que 129 tolérances (12.6 0/0) occupent des immeubles qui sont la propriété des tenancières elles-mêmes : la majorité des maisons de cette catégorie (79) se trouve dans les gouvernements de la Russie d'Europe ; en Sibérie, il n'en existe que 3. De plus le Comité, considérant que dans les capitales et les villes ayant une population nombreuse, sédentaire ou flottante, les conditions de la vie diffèrent sensiblement de celles des autres localités de l'Empire, a étudié à part, au point de vue des maisons, vingt villes, au nombre desquelles figurent Pétersbourg et Moscou : de ces vingt villes, douze ont une population supérieure à 100.000 habitants, et six une population moindre (2).

Au Caucase, en Sibérie et dans l'Asie centrale, l'immense majorité des maisons paye un loyer qui varie de 120 à 360 roubles (3) ; le chiffre des maisons ayant un loyer au-dessus de 400 roubles est dans chacune de ces régions très minime, soit au Caucase 4 maisons; en Sibérie, 6; dans l'Asie centrale, 2, payant de 481 à 600 roubles; au Caucase, 3 ; en Sibérie, 2; dans l'Asie centrale, 2, payant de 600 à 720 roubles. Au-dessus de 800 roubles, il n'existe plus que seize maisons réparties dans le Caucase et en Sibérie : soit au Caucase, 3 ; en Sibérie, 2, payant de 1.200 à 1.500 roubles; 3 en Sibérie, payant de 1.500 à 1.800 roubles ; enfin 1 en Sibérie, payant 2.400 roubles et ayant onze pensionnaires. Dans l'Asie centrale, il existe toutefois une maison payant 840 roubles de loyer et contenant 28 femmes. Les gouvernements de la Vistule n'ont que

(1) 0/0 DES MAISONS DE TOLÉRANCE.

Nombre de pensionnaires.	Dans tout l'Empire.	Russie d'Europe.	Vistule.	Caucase.	Sibérie.	Asie centrale.
1 femme. . . .	3.5	1.7	6.4	4.9	6.8	15.7
2 femmes . . .	9.4	8.0	10.6	6.2	8.0	27.7

(2) Varsovie (450.000 habitants) ; Vilna (102.000) ; Kazan (133.000) ; Kichinew (120.000) ; Kiew (170.000) ; Lodz (113.000) ; Odessa (270 000) ; Riga (175.000) ; Saratow (123 000) ; Tachkent (121.000) ; Tiflis 105.000) ; Kharkow (188.000) ; Cronstadt (42.000) ; Njni-Novgorod (66.000) ; Nicolaiew (67.000) ; Réval (51.000) ; Rostow-sur-Don (61.000) ; Taganroq (56.000).

(3) Le rouble vaut de deux francs cinquante centimes à trois francs selon le cours ; cent copecs valent un rouble ; le copec vaut donc environ deux centimes et demi.

des maisons à loyer relativement peu élevé; les maisons les plus aisées (3, hébergeant 16 femmes) paient un loyer de 361 à 480 roubles; les autres (16) ne paient que de 120 à 240 roubles. Dans les 50 gouvernements de la Russie d'Europe 235 maisons paient un loyer qui varie de 120 à 360 roubles; 67, un loyer de 400 à 600 roubles; 23, un loyer de 600 à 1.080 roubles; 9, un loyer de 1.080 à 1.800 roubles.

Dans les vingt villes étudiées à part, il existe un total de 422 maisons publiques (plus d'un tiers des tolérances de tout l'Empire). Ici, 17 tenancières sont propriétaires de l'immeuble. Toute la gamme des prix de loyer s'y rencontre jusqu'à 6.000 roubles et au-dessus : il n'existe pas toutefois de maisons à 120 roubles. Sur les 422 maisons urbaines, 133 ont un loyer de 240 à 600 roubles; les 289 autres se subdivisent ainsi : 79 paient de 600 à 1.080 roubles de location, 123 de 1.080 à 2.100, 36 de 2.100 à 3.000, 3 de 3.000 à 3.600, 4 de 3.600 à 4.200, 3 de 4.800 à 5.400, 1 de 5.400 à 6.000, 3 de 6.000 à 6.600, loyer maximum.

Si l'on considère la prostitution cloîtrée dans tout l'Empire, on voit que le loyer annuel du plus grand nombre de ces établissements, 146, monte à 240 roubles; 145 maisons viennent ensuite avec un loyer de 360 roubles, puis 126 maisons à 120 roubles. Ces petits établissements forment près de 42 0/0 du total général des maisons publiques sur lesquelles le Comité a obtenu des renseignements : 140 maisons habitées par 931 pensionnaires n'ont point fait de réponse.

Le Comité de statistique a recherché ensuite, — sans y insister d'ailleurs plus de quelques lignes, — quel rapport il existait entre le prix du loyer d'une maison publique et le nombre des femmes qui y sont internées. Un rapide examen nous montre que le nombre des pensionnaires croît en raison de l'élévation du loyer. Sur 895 maisons, 586 payant un loyer au-dessus de 600 roubles sont habitées par 2.867 pensionnaires, soit une moyenne de 4 femmes par maison; 117 maisons ayant un loyer de 600 à 1.080 roubles ont 1.067 femmes, soit 9 femmes par maison; 123 maisons ayant un loyer de 1.080 à 1.800 roubles ont 1.239 femmes, soit 10 femmes par maison; 38 maisons ayant un loyer de 1.800 à 2.400 roubles ont une population de 440 femmes, soit de 11 à 12 pensionnaires par unité; 20 maisons ayant un loyer de 2.400 à 3.600 roubles ont une population de 253 femmes, soit 12 par unité; 7 maisons ayant un loyer de 3.600 à 5.400 roubles ont une population de 107 femmes, soit 15 femmes par unité; enfin, 4 maisons payant de 5.400 à 6.600 roubles ont une population de 81 pensionnaires, soit 20 femmes par maison publique. — Ainsi 586 maisons payant un loyer au-dessous de 600 roubles ont une population de 2.867 femmes, et 309 maisons payant un loyer de 600 à 6.600 roubles ont une population de 3.134 femmes, c'est-à-dire que les 309 maisons à loyer plus élevé qui, peuplées avec la même faible densité que les maisons à bas loyer, devraient avoir une population générale d'environ 1.236 femmes (4 par maison), ont une population plus élevée de 1.898 femmes, soit près des deux tiers en plus. Bien mieux, pour atteindre le chiffre de 2.695 pensionnaires, il suffit de grouper les maisons riches payant un loyer de 840 à 6.600 roubles, soit 254 maisons : rapproché du chiffre des maisons à bas loyer, 586, qui ont une population de 2.867 femmes, ce dernier nombre est encore plus significatif. Si l'on considère que les maisons à bas loyer sont précisément celles qui sont destinées, dans la pensée des organisateurs de la maison publique en tant qu'institution d'hygiène, à garantir la santé publique dans les couches populaires, on confessera que grâce précisément à ce nombre restreint de malheureuses ouvrières et au surcroît de travail imposé par l'affluence des hommes en quête d'établissements à bon marché, les chances de contagion se trouvent au contraire ainsi multipliées, et l'objet de la fondation médiocrement atteint. Quelles autres observations n'y aurait-il point à faire sur la condition misérable des femmes de cette catégorie de maisons à bas loyer, la plus nombreuse!

Les conséquences hygiéniques que nous venons d'indiquer (et sur lesquelles le Comité a gardé le silence) sont confirmées par les statistiques établies au cours de l'enquête « sur la rétribution exigée des visiteurs, » sur le prix de la passe, comme dit moins élégamment notre langue policière.

Le Comité avait dans son questionnaire demandé des indications non seulement sur le prix « d'une visite, » mais sur le prix « d'une nuit » (un coucher) et sur le prix « de la sortie de la prostituée s'éloignant temporairement de la maison, » *alias*, moins académiquement encore, sur le prix de la location de la femme pour « parties de ville et de campagne. »

Les renseignements généraux portant sur un total de 982 maisons habitées par 6.908 femmes (ils manquent pour 44 maisons avec 143 pensionnaires) font voir que le prix d'une passe varie de 10 copecs à 5 roubles. Dans tout l'Empire la grande majorité des maisons a un tarif : 1° de 50 copecs, 2° d'un rouble. La première catégorie comprend 406 maisons (36.1 0/0) avec 2.619 femmes (35.3 0/0); la seconde 389 maisons (35.5 0/0) avec 2.773 prostituées (36.0 0/0). Ces deux classes de maisons forment avec leur effectif plus de 71 0/0 du nombre total des établissements sur lesquels le Comité a reçu des indications. Dans les gouvernements de la Vistule, le prix de la passe n'excède pas un rouble; au Caucase deux roubles; dans les cinquante gouvernements de la Russie d'Europe, la Sibérie et l'Asie centrale, il n'excède pas trois roubles. Le chiffre de 4 et 5 roubles est exclusivement atteint dans les capitales.

Que si l'on divise les maisons de tolérance, afin de se rendre compte des différences de leur peuplement selon le prix de la passe, en maisons prélevant un rouble et moins par visite et en maisons avec tarif supérieur à un rouble, nous voyons que partout la classe des maisons à bon marché est la plus nombreuse et en même temps la moins peuplée (1). La conclusion est assez intéressante pour être mise en évidence dans un tableau résumé :

	Chiffre des maisons.	Nombre des pension.	Classes 1° de 10 C. à 1 R. 2° de 1 R à 5 R.	Nombre d. pensionnaires par classe.	Nombre proportion. d. pension. p. 1 maison
	—	—	—	—	—
Dans tout l'Empire.	1.120	7.697	1° cl. 999 (89.1 0/0)	6.549 (85.1 0/0)	6.5
			2° — 121 (10.6)	1.148 (14.9)	9.4
Dans 20 villes. . .	421	3.751	1° — 350 (83.3)	2.989 (79.6)	8.4
			2° — 71 (16.7)	762 (20.4)	10.7
Dans les gouv. de la Russie d'Europe .	460	2.645	1° — 444 (96.5)	2.504 (94.7)	5.6
			2° — 16 (3.5)	141 (5.3)	8.8
Dans le gouv. de la Vistule.	28	129	1° — 28	129	4.6
			2° — —	—	—
Au Caucase	66	461	1° — 62 (93.9)	429 (93.0)	7.1
			2° — 4 (6.1)	32 (7.0)	8.0
En Sibérie.	85	457	1° — 56 (65 8)	247 (54.0)	4.4
			2° — 29 (34 2)	210 (46.0)	7.2
Dans l'Asie centrale.	60	254	1° — 59 (98.3)	251 (98.9)	4.2
			2° — 1 (1.7)	3 (1 1)	3.0

Au point de vue sociologique particulier qui nous occupe (autrement les chiffres réunis ne sont plus qu'une curiosité plus ou moins érotique) la répartition des maisons de tolérance, toujours d'après leur peuplement, selon le tarif d'une nuit, présente moins d'intérêt : la location d'une femme pour la nuit, en effet, est déjà un élément d'information populaire moins suggestif parce qu'il représente plus la débauche que le simple besoin physiologique. Les renseignements numériques n'en confirment pas moins les données précédentes, à savoir que les maisons riches sont les plus peuplées parce que la clientèle y exige plus de choix dans le personnel, au demeurant plus de luxe. Deux ou trois chiffres bien caractéristiques édifieront : 19 mai-

(1) Dans l'Asie centrale seulement, les maisons les plus chères se trouvent, comme on voit, les moins peuplées, bien que l'écart soit minime, 0.8. En prenant une autre base de calcul, nous arrivons au même résultat, relativement au peuplement moins élevé dans les maisons à bon marché : 76 maisons avec tarif de 3 à 5 roubles ont 623 femmes, soit une moyenne de 8 à 9; 888 maisons avec tarif de 50 copecs à 2 roubles ont 6.160 femmes, soit une moyenne de 6 à 7; 200 maisons avec tarifs de 10 à 40 copecs ont 1.159 femmes, soit une moyenne de 4 à 5 femmes par maison.

sons, au tarif de 50 copecs le coucher, ont 88 pensionnaires, et 20 maisons, au tarif de 10 roubles pour le même coucher, ont 282 pensionnaires; 18 maisons, au tarif de 75 copecs, ont 86 pensionnaires, et 17 maisons, au tarif de 6 roubles, ont 154 pensionnaires. Une maison dont le tarif du coucher est de 15 roubles est indiquée comme ayant 10 pensionnaires. Il est superflu d'insister au point de vue de la démonstration hygiénique indispensable à faire ici.

Comme renseignements complémentaires et n'ayant plus de valeur qu'au point de vue des budgets privés vénériens consentis par la clientèle des tolérances russes, ajoutons que le prix d'un coucher varie entre 50 copecs et 15 roubles, ce qui montre que la location d'une pensionnaire à la nuit est triple du prix de la passe. Les maisons qui font le plus de couchers sont les maisons de 1 à 3 roubles, les maisons pauvres étant celles qui en font le moins. Au point de vue topographique, le tarif à la nuit le moins élevé se rapporte aux gouvernements de la Vistule et n'excède pas 4 roubles; le maximum atteint 7 roubles dans les gouvernements de la Russie d'Europe, au Caucase 5 roubles, en Sibérie et dans l'Asie centrale 8. Dans les grandes villes le tarif à la nuit monte naturellement au chiffre le plus élevé, 10 et 15 roubles.

Les renseignements recueillis sur le nombre des maisons de tolérance relativement au prix payé pour les « sorties temporaires » des femmes sont très incomplets: ils font défaut pour 807 maisons (70 0/0) et pour 4.871 pensionnaires (62 0/0). Il serait donc aventureux de continuer ici à tirer des déductions. Pour les 357 maisons connues, ce sont toutefois les maisons où la sortie de la femme se paie 2 et 3 roubles qui sont les plus nombreuses, et ce sont les maisons où le prix de la sortie est le plus élevé, de 5 à 10 et 25 roubles, qui possèdent la population d'ouvrières la plus élevée.

Il est un élément sociologique du plus sérieux intérêt que le Comité de statistique a malheureusement omis et qui aurait jeté une vive lumière, tant sur la vie vénérienne des femmes de maisons que sur la physiologie sexuelle des diverses couches des populations de l'Empire : c'est la répartition des maisons classées d'après le *nombre des entrées des visiteurs* : ce chiffre, rapproché de leur population et de leur tarif d'entrée, aurait permis des réflexions de bonne portée. C'est peut-être pour cette trop évidente raison que le Comité s'est abstenu de faire figurer ce renseignement dans son questionnaire. A notre connaissance, il n'existe aucun document officiel publié sur ce point par les polices de l'Europe : leur établissement serait cependant très facile puisque partout les tenancières tiennent un état quotidien des visiteurs soit pour régler avec leurs femmes ou tout au moins les renseigner lors de l'engagement sur les exigences, soit pour fixer la valeur du « fonds de commerce » quand elles le vendent.

(*A suivre*).

RÉPARTITION DU SERVICE MÉDICAL DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE POUR L'ANNÉE 1893. — *Infirmerie spéciale du dépôt, préfecture de la Seine.* — Service de M. Garnier; médecin adjoint: M. Legras; internes: MM. Pécharmant et Pribat. ASILE CLINIQUE. (SAINTE-ANNE). — 1, *rue Cabanis.* — *lits.* — Service de M. Ball, suppléé par M. Ballet; chef de clinique : M. Pactet; interne: M. Hannion. — *Laboratoire de la clinique* : M. Klippel, service de M. Magnan (admission); internes : MM. Boissier et Lachaux. — Service de M. Bouchereau (femmes); internes: MM. Escart et Le Filliatre. — Service de M. Dubuisson (hommes); interne: M. Le Maître. — Service hydrothérapique externe : M. Dagonet. — ASILE DE VILLEJUIF. — *lits* — Service de M. Briand (femmes); médecin-adjoint : M. Sérieux; internes : MM. Trenel et Baruc. Service de M. Vallon (hommes); médecin adjoint : M. Rouillard; internes : MM. Lavergne et Ecart. — ASILE DE VILLE-EVRARD (Neuilly-sur-Marne). — *lits.* — Service de M. Marandon de Montyel (hommes); internes: MM. Laroussinée et Lepatré. — Service de M. Febré (femmes); interne : M. Mooundjick. — Service de M. Legrain (Pensionnat); interne: M. Bourdin. — ASILE DE VAUCLUSE près Epinay-sur-Orge. — *lits.* — Service de M. Keraval (hommes); interne : M. Croustel. Service de M. Boudrie (femmes); interne : M. Coulon. — Service de M. Blin (colonie des idiots); interne : M. Leroy.

PATHOLOGIE INTERNE

Un cas de phlébites multiples d'origine grippeuse;

par le Dr **Cimon A. ORLANDOS**, d'Athènes.

S. K., âgé de 37 ans, porteur d'une dilatation d'estomac, est d'une grande susceptibilité pour les maladies, quoiqu'il se tienne dans les meilleures conditions hygiéniques. Sobre, il ne présente aucun antécédent héréditaire ou acquis. Depuis 4 ans, il a eu une fièvre typhoïde dont il s'est complètement rétabli.

Le 14 décembre 1891, contrairement à ses habitudes, s'étant, par un jour froid et humide, exposé au grand air, il fut pris, dans la soirée, de malaise, de lassitude et d'inappétence, joints aux symptômes du coryza et, en même temps, d'une neuralgie faciale qui le tourmenta pendant une huitaine de jours.

Quelques jours après, comme le malade se sentait en bon état, il a quitté sa maison pour reprendre son travail qui, d'ailleurs, n'est pas du tout fatigant. Le soir, en rentrant vite, il ressentit un point de côté gauche assez intense, qui fut combattu vite par les moyens connus. Cette neuralgie intercostale à peine dissipée, le malade a commencé à avoir des frissons et des douleurs fortes vers la base du poumon droit, accompagnées cette fois d'une toux légère, sèche et d'un mouvement fébrile insignifiant, 37°,5.

Le 27 décembre, les phénomènes thoraciques ont commencé à se déclarer plus manifestes, on entendait des râles sous-crépitants vers la région indiquée, des râles sibilants autour de la respiration bronchique ; au commencement submatité, puis matité complète. Les crachats n'étaient pas rouillés comme d'habitude, mais tout à fait sanguinolents, abondants. L'examen bactériologique des crachats fait par M. le Pr Chassiotis a démontré l'existence des pneumocoques caractéristiques.

La pneumonie a duré 11 jours.

Pendant que la maladie était en train de se résoudre et l'état général du malade assez satisfaisant, on nous appelle en toute hâte pour voir le malade qui a été pris de nouveau par des douleurs atroces, s'irradiant sur tout le membre inférieur droit couvert par des taches sanguines abondantes, occupant toute sa surface mais surtout sa région interne, et présentant un aspect livide. Trois jours après, le membre énormément tuméfié ne permettait pas le moindre contact, particulièrement dans la direction des veines saphène et crurale. Simultanément sont apparues de nombreuses bulles d'une grandeur variable, dispersées par-ci par-là, mais surtout vers le milieu de la jambe et du cou-de-pied. La circulation veineuse était tellement gênée qu'on apercevait un œdème sous-cutané parcourant le ventre entier jusqu'aux bases des poumons.

Le scrotum participant aussi à cet état œdémateux est devenu colossal.

La vessie, qui jusqu'à ce moment-là fonctionnait physiologiquement, fut prise de paralysie qui dura 3 mois (1). Contre cette phlébite aussi brusquement survenue nous avons conseillé l'immobilité absolue, des onctions répétées deux fois par jour avec la pommade mercurielle belladonée et des cataplasmes.

Depuis quelques jours la cuisse commençait à se dégonfler; la douleur, à la pression, allait en diminuant, la fièvre était plus modérée, quand, vers la soirée du 15 janvier, au milieu d'un sommeil calme, le malade se réveille tout effrayé d'un fort accès d'orthopnée (60' resp.) accompagné d'anxiété effroyable, de sueurs profuses et froides (qui ne lui ont pas manqué pendant toute la durée de sa longue maladie), de la petitesse puis de l'absence du pouls, d'une pâleur profonde du visage et d'altération des traits, signes qui menaçaient la vie du patient. Grâce aux injections répétées d'éther et de camphre, nous avons réussi à soutenir les forces du malade

(1) Pendant ce temps-là, le cathétérisme se faisait trois fois par jour avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

qui se rendormit vers 4 heures du matin; le lendemain, la fièvre s'exaspéra, suivie d'une toux fréquente et intense qui faisait rendre au malade des crachats ayant la forme des tubes bronchiques et qui en 4 jours sont disparus.

Le 24 janvier, sans cause appréciable, nous constatâmes les phénomènes d'une pleurésie fort douloureuse, siégeant vers la ligne axillaire, un peu en dehors de la mamelle gauche et qui a passé sans laisser la moindre trace.

Le 1er février, la cuisse gauche, jusqu'alors parfaitement intacte, présenta en 10 jours non seulement les mêmes phénomènes, mais aussi les mêmes dimensions que la cuisse homologue. Pour comble de malheur, excepté les souffrances précédemment décrites et l'immobilité auxquelles notre malade était condamné, s'est ajoutée la *phlébite de la veine basilique droite* ayant présenté les mêmes allures pathologiques que les précédentes et qui, après avoir duré 18 jours, n'a pas disparu sans donner une *troisième poussée d'embolie* pulmonaire gauche qui a évolué d'une manière moins accentuée que les premières.

Ces phlébites multiples et les embolies qui en résultaient ont tellement déprimé les forces du malade que nous craignions qu'un collapsus prochain ne survînt au malade, d'autant plus que l'estomac, qui jusqu'à présent recevait patiemment tout ce que nous lui offrions, montrait une répugnance invincible pour le lait et le bouillon. Tous les 5 à 6 jours on essayait de lui vider son intestin relâché, et le malade était en proie non seulement à une vraie torture, mais aussi à des défaillances, dans la plupart des cas, très dangereuses.

Après 20 jours, les symptômes précités se sont amoindris, de sorte que le malade, vers la moitié d'avril, entrait en convalescence; seulement l'enflure des pieds et les taches souscutanées livides étaient les reliquats qui lui ont persisté et qui, après un repos de 20 jours, disparaissaient pour reparaître toutes les fois qu'il montait des escaliers ou qu'il se promenait un peu.

Cette observation, quoique unique, offre quelques particularités dignes de remarque: 1° Parce qu'elle a présenté des caractères cliniques perplexes et en même temps bizarres, pas encore, que je sache, décrits; je ne nie pas que les Drs Ferrand, Laveran, Johannsen et Enchy, ont observé des cas pareils, pendant l'épidémie qui à régné dernièrement, mais dans ces cas-là les affections n'étaient pas aussi généralisées, ni suivies toujours d'embolies comme chez le nôtre. 2° La paralysie vésicale, survenue (sans que l'organe soit préalablement enflammé) au moment où le processus œdémateux envahissait le bas-ventre, n'a pas été constatée par les observateurs, qui ont vu des paralysies du facial et de la moelle épinière.

Le tracé thermométrique de notre malade oscillait habituellement entre 37°,5-38°, seulement pendant les poussées d'embolies elle montait jusque 39°, 6. (Γαληνός, 1892, N° 32).

Hygiène des Abattoirs. — On se rappelle les récentes critiques soulevées au Parlement et dans la presse contre les mesures de police sanitaires prises au sujet de notre grand marché au bétail de la Ville de Paris. M. le ministre de l'agriculture, M. le Dr Viger, désirant se rendre compte par lui-même de la manière dont étaient appliquées les prescriptions de la loi sanitaire de 1891, est allé au marché de la Villette. Comme résultat de cette visite, M. Viger se propose de prendre certaines mesures réclamées par le commerce et notamment: 1° D'affecter l'échaudoir spécial uniquement aux animaux reconnus atteints de maladie contagieuse à leur arrivée au marché; 2° De placer à tour de rôle les animaux invendus dans les bouveries du marché, de manière à ne mettre ces animaux que dans une bouverie déjà désinfectée et étant restée vide depuis le jour du marché précédent.

Hospices civils de Marseille. — *Concours pour la nomination à une place de pharmacien-adjoint à l'hospice Sainte-Marguerite.* — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien-adjoint à l'hospice Sainte-Marguerite se a ouvert le lundi 12 juin 1893, à trois heures précises, dans l'Amphithéâtre des concours de l'Hotel-Dieu de Marseille. Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat Général de l'Administration des Hospices, à l'Hotel Dieu jusqu'au vendredi 2 juin inclusivement.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

On demande des médecins dans les campagnes.

Le Comité consultatif d'Hygiène publique de France a émis dans une de ses dernières séances un vœu bien significatif. Ayant appris que des cantons entiers sont dépourvus de médecins, — ce que beaucoup savent déjà depuis longtemps, — il a poussé à nouveau le cri d'alarme et a demandé à l'unanimité qu'au Sénat on en finisse enfin avec le projet de loi sur l'assistance médicale dans les campagnes.

Tout cela est parfait; mais, à supposer que la loi soit votée d'ici à quelques mois, pourra-t-on de la sorte parer à toutes les difficultés? Croit-on qu'il ne restera plus désormais de bourgades, ou même de villages importants dépourvus de médecins? On aura beau syndiquer les communes, fournir des subventions de tous genres: on n'arrivera pas facilement à créer des places bien rémunératrices pour ceux de nos confrères qui, aimant les plaisirs des champs, veulent bien s'exiler dans les marais de la Vendée ou les landes des montagnes d'Arez. C'est pourtant là un problème qu'il importe de résoudre à tout prix.....

La nouvelle loi a supprimé les officiers de santé et nous en sommes ravi. Pourtant cela chiffonne quelques-uns de nos confrères de la presse politique, politiciens avant tout, songeant plutôt aux votes futurs qu'à la défense de la santé... de leurs électeurs; et les voilà qui, tablant sur la disette de médecins dans les campagnes, mise en relief par le récit fait au Conseil d'Hygiène d'une sérieuse épidémie, n'hésitent pas à demander qu'on rende l'accès des Facultés de médecine beaucoup plus facile. Au lieu d'exiger à l'entrée de nos écoles les baccalauréats classiques, on pourrait se contenter, disent-ils, des brevets fournis par l'enseignement moderne! Les baccalauréats ne seraient plus de rigueur!

Certes, nous ne croyons pas qu'il soit absolument indispensable d'avoir appris à traduire Homère et Virgile, surtout Sophocle et Plaute, pour faire un bon praticien de campagne; certes, nous pensons que souvent il suffirait d'avoir mieux étudié les règles, plus complexes qu'on ne le croit, de la réelle Propreté.

Mais nous ne craignons pas d'affirmer que le médecin n'a pas seulement à jouer dans la société — du moins pour celui qui exerce dans nos villages — le rôle d'un thérapeute expérimenté: sa mission doit être plus haute, dans un milieu où il est à peu près le seul à représenter la Science dépourvue d'artifice. Il doit être le savant auquel on puisse venir, sur un sujet quelconque, demander un conseil; il doit être un hygiéniste suffisamment instruit, non seulement pour lutter avec succès contre les plus terribles épidémies, mais pour enseigner aux autorités locales les mesures qu'elles ont à prendre dans des circonstances aussi difficiles. On l'a répété bien des fois: C'est le médecin qui, de nos jours, doit remplacer le curé et devenir le véritable directeur des consciences. Et nous avons montré, dans un article récent à propos des médecins élus conseillers généraux, quel rôle était de plus en plus appelé à jouer, dans nos départements, tous ceux de nos confrères que la Thérapeutique seule n'absorbe pas tout entier. Eh bien, pour

être à la hauteur de cette tâche, nous n'hésitons pas à répéter qu'il faut une instruction très solide.

Il n'y aurait, par suite, que des dangers à rabaisser le niveau des études médicales, sous le fallacieux prétexte de pouvoir augmenter ainsi le nombre de médecins allant exercer dans les campagnes.

Restons-en donc aux baccalauréats et n'admettons pas dans nos rangs les jeunes élèves, même très distingués, sortant de l'enseignement moderne, car, sans nul doute, ils formeraient bientôt une caste à part dans la grande famille médicale et ce serait certainement revenir, avec un nom nouveau et sous une forme différente, à l'ancien officiat de santé, aux ridicules errements de la législature d'antan.

L'un de nos confrères de la presse politique a été plus loin et a mis en avant un argument qui montre qu'il est peu au courant des mœurs de nos étudiants pauvres. « De la sorte, a-t-il dit, on aurait des étudiants qui, par leur éducation et leur milieu social, ne devraient pas ressentir pour la vie rurale l'aversion que témoignent trop souvent les fils de la haute bourgeoisie ! » Reçus docteurs, sans avoir appris le grec ni le latin, ils s'empresseraient de retourner aux champs ! C'est bien mal connaître ceux qui, sans fortune, arrivent à décrocher leur doctorat et à payer, avec les quelques sous qu'ils ont dû gagner pendant leurs études, leurs frais d'inscriptions, d'examen et leur nourriture durant cinq à six ans ! Ceux-là ne s'arrêtent pas d'ordinaire en chemin et ne visent guère à conduire sous le vent ou la neige de maigres haquenées ! Pour faire ses études médicales, il faut être fils de bourgeois ou un jeune homme de certaine envergure. Ces derniers étudiants, marqués par le Talent ou même par le Génie, peuvent naître où ils veulent, et point n'est besoin de s'occuper d'eux ; mais, pour les autres, mieux vaut cultiver son champ que devenir médecin de campagne, quand on n'a pas de rente ou quand on n'a pas une certaine valeur intellectuelle, additionnée d'une bonne dose d'énergie morale !

Un exemple entre mille : Parmi tous ceux de mes camarades qui ont regagné leurs pénates après quelques années passées au Quartier latin, je n'en connais pas un seul qui ait eu besoin, pendant toute la durée de ses études, d'ajouter à son budget mensuel, d'origine paternelle, la rémunération d'un travail personnel quelconque !

A quoi bon insister davantage ? Evidemment, pour lutter contre la disette signalée, il faut chercher ailleurs. Et le remède est peut-être plus facile à trouver qu'on ne le pense dans la presse politique. Améliorez la situation sociale du médecin des campagnes, en lui assurant, particulièrement dans certains pays pauvres, des subventions suffisantes et surtout en lui reconnaissant une autorité scientifique dont il ne jouit pas encore de nos jours ; aidez-le dans sa lutte contre les exploiteurs de la crédulité publique. Aidez-nous à répandre dans le corps enseignant des écoles primaires des idées justes et saines sur les maladies des humains et le rôle du médecin dans la société moderne. Admettez que le médecin de campagne n'est précisément pas, en fait d'hygiène, l'égal du premier charretier venu, sous prétexte que tous deux passent leur vie à rouler sur des routes. Multipliez les moyens de communication (chemins de fer, tramways électriques, télégraphe, téléphone, etc.). Faites comprendre à nos bons paysans que leur médecin a besoin de prendre de temps en temps des vacances pour venir se retremper dans nos grands centres et le droit de se faire remplacer, s'il lui plaît, sans que ses clients se croient autorisés à le considérer comme un flâneur. Diminuons par faveur spéciale, en raison des services rendus, sa patente, les impositions qu'il paie pour ses chevaux et sa voiture, voire même pour son vélocipède ! Décorez-le un peu plus, si besoin est, quand il a fait plus que son devoir, ce qui arrive assez souvent. Favorisez un peu moins certains médecins des villes qui ont plus de ressources à leur arc ; soyez pour eux plus avare de faveurs, et vous aurez de la sorte, dans nos plus sauvages campagnes, certainement plus de médecins que si vous reveniez, par un chemin plus ou moins détourné, à la création de l'antique corps des officiers de santé.

Marcel BAUDOUIN.

Etudes sur l'organisation du Service de santé.

9e article.

VIII. — DE LA DOTATION DES FORMATIONS SANITAIRES DE CAMPAGNE, EN NOUVEAU MATÉRIEL DE PANSEMENTS.

Nous avons attendu en vain jusqu'ici une réponse aux révélations, si nettes et si précises, contenues dans notre dernier article. Il semblerait en résulter que non seulement pas une des formations hospitalières des Corps d'armée mobilisés ne serait encore dotée à la date d'aujourd'hui du nouveau matériel de pansement, mais encore que ce nouveau matériel *n'est pas antiseptique, n'est pas même aseptique*.

On devrait savoir, à l'administration de la guerre, depuis deux ans au moins, que l'antiseptisation du matériel de pansement, au moyen du bichlorure de mercure, paraît une chimère, et on a néanmoins commandé, et sans avoir pris l'avis du Comité technique, paraît-il, des masses colossales de matériel bichloruré, qu'on peut évaluer à plusieurs millions de francs, en dépensant ainsi en pure perte des sommes formidables (1).

On aurait dû savoir que tout l'approvisionnement qu'on a constitué en paquets de pansement individuel représentant une somme d'au moins 800.000 fr. (et ce n'est pas la moitié du nécessaire) se trouve menacé à courte échéance d'une destruction complète. La commission des finances, au Parlement, a-t-elle eu connaissance de ces détails ? L'intérêt du trésor, du Corps de santé et de l'armée entière exige la connaissance de toute la vérité. Si nous nous trompons, qu'on le démontre de bonne foi, à l'aide de renseignements recueillis de divers côtés, que nous croyons exacts. S'il n'en est pas ainsi, nous nous empresserons de le reconnaître.

Dr FREEMAN.

De l'abaissement de la température dans l'hystérie.

M. le Pr Jaccoud a publié dans le numéro 13 du *Bulletin médical* une intéressante leçon sur l'*urémie dyspnéique à forme suffocante*. Il s'agit d'une femme entrée à la Pitié le 28 décembre, à 3 heures de l'après-midi, dans un état

(1) [illegible] indications de la nomenclature générale du Service de santé et [illegible] (21 juin 1891) :

Le kilogramme d'étoupe purifiée, en nappe, non bichlorurée, coûte	7 fr. » (en 2 paquets)
Le kilogramme d'étoupe purifiée, en nappe, bichlorurée, coûte.	12 fr. » (en 4 paquets)
Le kilogramme de ouate de tourbe, en nappe, non bichlorurée, coûte . . .	1 fr. 60 (en 4 paquets)
Le kilogramme de ouate de tourbe, en nappe, bichlorurée, coûte . . .	[illegible] fr. » (en 2 paquets)

qui paraissait tout à fait désespéré. L'interne du service, M. Pinaud, pratiqua plusieurs injections d'éther et donna de l'oxygène, puis pratiqua une saignée. Ce traitement fut suivi d'une amélioration de quelques heures. On appliqua ensuite des ventouses sèches et l'on prescrivit un purgatif drastique pour le lendemain. Le 28 décembre au soir, il y avait 52 respirations, 148 pulsations et 36 degrés. Le 29 décembre au matin, la température était remontée à 36°,4. *Traitement :* Oxygène, de 180 à 240 litres, deux injections de 50 centigrammes de caféine, drastiques répétés, lait, ventouses scarifiées sur la région lombaire. Ces moyens ont été continués pendant 5 ou 6 jours *pendant lesquels l'hypothermie ne s'est pas démentie :* la température est restée entre 36° et 37°. L'analyse du sang de la saignée a fait constater 62 centigr. d'urée par litre, alors qu'à l'état sain il n'y en a que 18 centigr.

Dans ses considérations, M. Jaccoud dit : « Au milieu de l'*état d'hypothermie* que nous avons étudié, au milieu des *températures basses* qui se sont maintenues entre 35° et 37°, nous avons vu un jour, c'était le 4 janvier, une élévation de température qui s'est montrée le matin. » Elle n'était que de 37°,5 ; le soir, la température atteignait 38°,6. Elle était due à une complication, une pleurésie sèche. L'influence de l'inflammation pleurale sur la température a duré du 4 au 7 janvier. « La fièvre s'est éteinte le 7 et *la température a été rendue aux* CHIFFRES INFÉRIEURS CARACTÉRISTIQUES DE L'URÉMIE... » Le 15, nous étions en pleine température d'urémie, 36°,4. « Après une nouvelle élévation de la température, 38°, due à de nouveaux accidents pulmonaires, la température est redevenue hypothermique, 36°,2. »

Comme on le voit, M. Jaccoud admet, en thèse générale, que dans l'urémie il y a un *abaissement de la température.* C'est là un fait que nous avons mis en relief, de 1870 à 1875, dans de nombreuses publications. Quelques auteurs s'appuyant sur des faits irréguliers ou incomplètement observés, ont mis en doute la réalité de l'abaissement de la température dans l'urémie et, bien que M. Jaccoud n'ait pas cru utile de faire allusion à nos recherches, nous sommes heureux d'enregistrer son opinion qui confirme la nôtre.

BOURNEVILLE.

Hôpital Lariboisière. Ouverture du cours de Laryngologie.

M. GOUGUENHEIM a commencé, le dimanche 26 février, la série habituelle de ses cours sur les maladies du larynx et des voies aériennes supérieures par l'histoire d'une affection très commune et malgré cela mal connue surtout au point de vue thérapeutique l'*angine granuleuse.* C'est à Chomel (1846) qu'appartient la première description clinique et la dénomination de cette affection connue du vulgaire sous le nom de *granulations.* Horace Green à la même époque étudia cette maladie sous le nom de *Clergymen tore throat*, parce qu'il l'avait observée surtout chez les prédicateurs. En réalité c'est une maladie qui sévit fréquemment chez ceux qui manient beaucoup la parole. Les deux descriptions données par ces auteurs sont restées classiques de même que celle de M. Guéneau de Mussy qui donna à la maladie le nom d'*angine glanduleuse*, cherchant ainsi à indiquer le siège principal du mal. Cette autre dénomination est cependant préférable parce que le siège de l'inflammation angineuse n'est pas seulement dans les glandes, mais aussi dans les tissus voisins. L'ouvrage de Guéneau de Mussy indiquait aussi le rapport de cette affection avec les diathèses, ce qui réalisait un progrès sur les inscriptions antérieures. On peut citer ensuite les thèses de Buron, les travaux de MM. Peter et Krishaber, Morel-Mackensie, Brown et Michel de Cologne qui ont cherché à changer le nom de l'angine granuleuse en ceux de pharynite chronique, pharyngite hypertrophique, qui ne valent pas mieux. M. Ruault, dans le *Traité de médecine*, décrit trois variétés : la pharyngite folliculaire hypertrophique, la pharyngite superficielle diffuse et la pharyngite interstitielle diffuse ; tout cela est un peu artificiel et le meilleur nom à donner à cette maladie est encore celui qu'a consacré Chomel.

Son siège est dans le pharynx buccal et dans le rhinopharynx ; fait curieux, vu et étudié seulement par les modernes qui ont pu expliquer par la localisation de cette affection les troubles respiratoires qui l'accompagnent souvent. Les lésions sont généralisées à toutes les parties constitutives du larynx, les glandes ne sont pas seules prises, mais, ainsi que l'indiquent dans leur ouvrage Cornil et Ranvier, les glandes à mucus et les follicules clos. Chatellier considère ces angines comme d'origine strumeuse à cause de la lésion des follicules clos. En somme les lésions réelles sont peu connues, car les autopsies sont rares et les descriptions données par les histologistes gardent toujours quelque chose d'un peu artificiel.

L'étiologie comporte des causes prédisposantes et des causes occasionnelles ; parmi les premières il faut citer l'arthritisme, l'herpétisme, l'acné (Lasègue). Chez les malades on trouve en effet souvent ces prédispositions, mais il faut y ajouter la goutte, la scrofule. L'hérédité ne présente rien d'appréciable. L'influence du sexe ne tient en réalité qu'à ce fait qu'il y a plus de professions demandant un fréquent usage de la parole qui soient accessibles aux hommes. Chez les enfants elle ne semble pas plus commune que chez les adultes. Les causes efficientes sont surtout les inflammations des voies nasales, les déviations de la cloison et non pas, comme l'a voulu démontrer M. Peter, l'usage exagéré de la parole.

Les signes subjectifs perçus par le malade sont la sécheresse de la gorge, le picotement, la cuisson, qui l'obligent à racler sa gorge par une expiration brusque ; un *Hem !* auquel s'ajoute une toux quinteuse, brusque, bruyante suivie d'expectoration de mucosités simulant de petits amas d'amidon cuit. Quelquefois les crachats sont colorés par du sang, ce qui a fait quelquefois prendre à tort ces malades pour des tuberculeux. Les signes objectifs au début sont peu importants, plus tard on voit la muqueuse pharyngienne tapissée de granulations rouges ou grisâtres. La muqueuse est d'une teinte grise sillonnée d'arborisations vasculaires, et recouverte d'un mucus qu'on voit quelquefois sourdre des orifices glandulaires. Chez certains malades il y a très peu de gêne. Mais quand les granulations se développent derrière les piliers postérieurs, les fonctions de la gorge se trouvent très entravées. Le voile du palais participe à l'irritation du pharynx, les amygdales sont allongées, épaissies, la luette souvent hypertrophiée au point qu'on est quelquefois obligé de la couper. Ce qui d'ailleurs ne guérit pas l'angine. H. Green a décrit des ulcérations, mais il a dû confondre avec des lésions scrofuleuses. Chez certains malades les mucosités sont très abondantes, quelquefois fétides. Il est alors indispensable d'examiner les fosses nasales. Cet examen est indispensable aussi chez les malades qui présentent des troubles respiratoires. Les troubles de la phonation sont le plus souvent d'ordre professionnel, ceux de la déglutition et même de la digestion se rencontrent surtout chez les malades nerveux ou neurasthéniques qu'on a beaucoup de mal à soulager. En terminant M. Gouguenheim a opéré devant ses auditeurs deux malades porteurs de végétations pharyngiennes et a pratiqué aussi une tonsillotomie.

A signaler, en terminant l'aménagement très bien compris du service de laryngoscopie, la large salle de consultation dans laquelle sont pratiqués les examens et les opérations avec l'aide d'une lampe à lumière oxhydrique. De nombreuses planches anatomiques, deux vitrines où sont arrangés les instruments nécessaires à la laryngoscopie, des dispositifs pour les injections intra-nasales montrent avec quel soin le service a été monté par l'administration pour répondre à toutes les exigences les plus modernes et aux progrès réalisés dans le traitement des maladies des voies respiratoires supérieures, nez, pharynx et larynx.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 février 1893. — Présidence de M. Lacaze-Duthiers.

M. Ranvier. — *Les clasmatocytes, les cellules fixes du tissu conjonctif et les globules du pus.* — A côté des cellules fixes du tissu conjonctif, on trouve des cellules présentant tous les caractères morphologiques des cellules migratrices de la cornée préparées par le chlorure d'or. Ces éléments diffèrent des cellules fixes et des cellules migratrices. Elles ne sont pas douées de mouvements amiboïdes. Sous l'influence de l'irritation (par le nitrate d'argent, par exemple ces cellules, ces clasmatocytes se transforment *in situ* en cellules lymphatiques. Ils reprennent leur forme embryonnaire et se multiplient avec une très grande activité par le mécanisme de la division indirecte. C'est là la source principale de la suppuration que la diapédèse seule ne saurait expliquer dans un grand nombre de cas. Les cellules conjonctives ne donnent jamais naissance à des cellules lymphatiques, et par conséquent aux globules du pus. Il se fait dans les tissus enflammés une prolifération cellulaire très active; mais parmi les cellules qui se multiplient, les clasmatocytes et les leucocytes seuls produisent des globules purulents. Quant à la nature de ces globules, ce sont des cellules lymphatiques mortes ou nécrosées.

MM. Chauveau et Kaufmann. — *La dépense glycosique exercée par le mouvement nutritif dans les cas d'hyperglycémie et d'hypoglycémie provoquées expérimentalement. Conséquences relatives à la cause immédiate du diabète et des autres déviations de la fonction glycémique.* — L'hyperglycémie diabétique, qu'elle provienne de l'extirpation du pancréas ou d'une lésion de l'axe médullaire, reconnaît toujours pour cause un excès de production glycosique et non un arrêt ou un ralentissement de la dépense du sucre dans les vaisseaux capillaires. D'un autre côté, dans les cas d'hypoglycémie déterminée par les sections médullaires, cette dépense est plutôt moins active qu'à l'état normal. D'où il résulte que toutes les déviations de la fonction glycémique, en quelque sens qu'elles se produisent, doivent être rapportées à la même cause immédiate : un changement dans l'activité de l'organe glycogène, c'est-à-dire l'exaltation ou l'amoindrissement de la production de la glycose. Voilà le point fondamental qu'il fallait établir pour servir de pierre d'attente solide à l'édification d'une théorie générale du diabète. La dépense glycosique qu'entraîne le mouvement nutritif n'est nullement diminuée dans les diverses déviations de la fonction glycémique qui ont fait l'objet de ces recherches. D'où il résulte que ces troubles, malgré leur gravité, ne modifient pas sensiblement les caractères fondamentaux de la nutrition en ce qui concerne l'utilisation de la glycose pour la production de la force vive nécessaire au travail physiologique intime des tissus animaux.

Séance du 20 février 1893. — Présidence de M. Lacaze-Duthiers.

M. R. Colella. — *Sur les altérations histologiques de l'écorce cérébrale dans quelques maladies mentales.* — De ces recherches anatomo-microscopiques faites avec les procédés de Golgi, M. Colella tire les conclusions suivantes : 1° Dans la *paralysie générale progressive avec infection syphilitique*, les altérations histologiques portant sur les vaisseaux sanguins, sur les cellules névrogliques ainsi que sur le protoplasma cellulaire et les prolongements protoplasmiques des éléments nerveux ; les prolongements cylindrexes ne sont détruits que dans peu d'éléments et seulement plus tard. Les altérations débutent essentiellement dans le réseau vasculaire. 2° Dans la *démence paralytique avec intoxication alcoolique*, on constate nettement une hypertrophie des cellules arachniformes, et différentes phases de troubles répressifs de la nutrition dans les prolongements nerveux. Altérations rudimentaires dans les prolongements protoplasmiques. Intégrité des vaisseaux sanguins. 3° Dans la *psychose alcoolique*, l'examen histo-pathologique fait reconnaître l'existence d'une altération essentiellement parenchymateuse portant sur les prolongements nerveux, avec participation à peine appréciable des corps ganglionnaires et des ramifications protoplasmiques. Névroglie et vaisseaux sains. 4° L'intime succession morbide anatomique entre le réseau vasculaire, les cellules névrogliques et les prolongements protoplasmiques rencontrés dans l'observation de paralysie générale, la façon analogue de se comporter des arborisations protoplasmiques et des vaisseaux sanguins constitue dans la démence paralytique et la psychose alcoolique, l'absence de tout rapport de solidarité entre l'état des prolongements protoplasmiques et nerveux démontrent : *a*) qu'on doit attribuer aux unes et aux autres une signification physiologique bien différente ; *b*) que les prolongements protoplasmiques ont des rapports intimes avec les cellules névrogliques et avec les vaisseaux sanguins, d'où il suit qu'on doit leur attribuer un rôle dans la nutrition du système nerveux. V. Morax.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 février 1893. — Présidence de M. Chauveau.

M. Féré a donné comme hypnotique le *chloralose*, étudié expérimentalement par M. Richet. Il a constaté que ce médicament était fort bien supporté par les malades hystériques, qui pouvaient en prendre jusqu'à 2 gr. 25. Cependant, à cette dose, un malade présenta dans le sommeil des phénomènes particuliers: la respiration devint stertoreuse et il y eut une émission involontaire d'urine. Administré à des choréiques, le chloralose a produit chez des malades les mêmes effets que le chloral.

M. Chouppe, qui s'est également servi du chloralose dans sa clientèle privée, n'a jamais observé d'intolérance gastrique et n'a eu qu'à se louer de l'emploi de ce médicament.

M. Féré rapporte de curieuses observations de *folie communiquée* chez les animaux. Il s'agit de chiens — de races dégénérées — qui, vivant avec leurs maîtresses, atteintes de certaines formes de folie, adoptent leur émotivité morbide : c'est ainsi que ces animaux deviennent agoraphobes et n'osent plus traverser une rue, qu'ils ne peuvent supporter certaines odeurs, etc. Cet état mental des animaux est tout à fait semblable à celui que l'on observe chez l'homme et guérit par le même traitement : l'isolement.

M. d'Arsonval poursuit, avec M. Charrin, ses recherches expérimentales sur *l'action du bacille pyocyanique sur la fermentation.* Ces auteurs ont reconnu que les cultures stérilisées perdaient leur propriété d'empêcher la fermentation de la levure de bière, et qu'au contraire elles activaient, comme les toxines, cette fermentation.

M. Phisalix fait remarquer que ce fait semble prouver que l'on ne peut se fonder sur l'action des bacilles sur la fermentation pour différencier des microorganismes semblables.

M. Queyrat rappelle, qu'au point de vue clinique, la *trachéo-bronchite* paraît être une affection contagieuse;

il a donc recherché si un microbe n'existait pas et il a trouvé constamment, dans les cultures des crachats des personnes atteintes de trachéo-bronchite, un streptocoque qu'il a pu isoler et cultiver et qui semble bien être l'agent pathogène de cette affection ; le froid n'interviendrait que secondairement.

M. Malassez dit avoir souvent arrêté les rhumes en faisant renifler, aux malades, de l'eau chaude contenant de l'alcool camphré. Il semble que le camphre serait un microbicide puissant pour le microorganisme que vient de décrire M. Queyrat.

M. Gilbert a recherché expérimentalement quelle était la toxicité des produits solubles du *bacille du côlon* et il a constaté que cette toxicité était variable comme la virulence du bacille lui-même. Le bacille extrait des selles est virulent, quoi qu'on en ait dit, et ses produits solubles sont également toxiques. Injectés dans la veine de l'oreille d'un lapin, ces produits déterminent tout d'abord des phénomènes paralytiques accompagnés de mydriase, d'exophtalmie, de tremblement fibrillaire.

La sensibilité cutanée et sensorielle est abolie parallèlement et les animaux tombent dans un état comateux. Si l'on continue l'injection des convulsions surviennent, puis on voit apparaître du nystagmus et de l'hyperexcitabilité réflexe de la peau et des organes des sens. Enfin, les animaux sont pris d'une contraction tétanique, et à la mydriase succède le myosis ; la mort termine cette période et on peut constater que le cœur continue à battre alors que tous les autres signes de la vie ont disparu. Lorsque l'injection est suspendue à la phase paralytique, les animaux survivent, après avoir présenté des phénomènes diarrhéiques, des émissions abondantes d'urine et un abaissement de la température ; si l'injection a été seulement suspendue à la phase clinique, les animaux survivent encore ; mais lorsque la phase tétanique est commencée, la mort est fatale. On voit donc que les injections intra-veineuses des produits solubles du bacterium coli produisent des effets identiques à ceux que déterminent les injections du bacille, mais que ces manifestations morbides surviennent dans un ordre inverse ; ceci tient à ce que les animaux injectés avec les produits solubles se dés-intoxiquent progressivement, tandis que l'inoculation des cultures virulentes amène une intoxication croissante. L'intérêt de ces recherches réside dans ce fait que le bacille du côlon, se trouvant normalement dans l'intestin de l'homme, sécrète des produits solubles qui peuvent intoxiquer l'organisme et que, selon l'expression de M. Bernhard, l'homme est constamment sous une menace d'empoisonnement ; il est probable toutefois que le foie détruit ces poisons des matières fécales.

M. Roger a constaté lui aussi la virulence du bactérium coli provenant des matières [illegible] l'homme [illegible] pense, comme M. Gilbert, que le foie détruit en partie du moins les produits sécrétés par ce bacille.

M. Kalt. — La *tuberculose de l'iris et du corps ciliaire* a été décrite il y a plus de 20 ans. On savait qu'elle débutait par des granulations qui devenaient rapidement confluentes et amenaient la perforation et l'atrophie rapide de l'œil. Les expériences de coloration ont montré que les tubercules contenaient de nombreux bacilles et que la maladie se développait dans l'œil des lapins inoculés dans la chambre antérieure. Dans ces dernières années on a décrit la tuberculose atténuée de l'iris, confondu auparavant avec les lésions syphilitiques gommeuses. Cette tuberculose atténuée est pauvre en bacilles, qui peuvent même manquer, et est rarement inoculable. La bénignité de ces lésions facilement curables était mise en parallèle avec la rareté ou l'absence des bacilles. Le fait suivant montre que cette explication n'est pas valable dans tous les cas. Une fille de 12 ans fut prise de coxalgie avec abcès périarticulaire : guérison avec raccourcissement du membre. Quelques mois après, elle fut prise d'irido-cyclite tuberculeuse, et au bout de 3 semaines la sclérotique était perforée. Un traitement antisyphilitique énergique, employé à tout hasard, resta sans effet.

Sur l'œil énucléé, je trouvai la structure typique du tissu tuberculeux avec cellules épithélioïdes et nombreuses cellules géantes. Mais aucune préparation colorée par les méthodes de Ziehl, Ehrlich, Gram, ne montra de bacilles. Un fragment de la grosseur d'un grain de riz, inoculé dans la chambre antérieure d'un lapin, fut résorbé sans que, dans l'espace de deux mois, il se produit la moindre granulation tuberculeuse.

Une tuberculose grave, à marche rapide, peut donc évoluer dans l'œil sans présenter les caractères microscopiques et expérimentaux habituels du tissu tuberculeux.

M. Charrin fait remarquer que les cas de tuberculoses sans bacilles et non inoculables se multiplient.

M. Nocard dit que le fait de n'avoir pas trouvé de bacilles ne prouve pas qu'il n'y en eût pas.

M. Butte, ayant constaté qu'après les hémorrhagies de la mère la coloration du *sang* présentait une teinte un peu plus rosée dans les *artères ombilicales*, a fait l'analyse des gaz de ces deux sangs ; il a constaté que le sang, qui physiologiquement, après avoir circulé dans le fœtus perd de l'oxygène et gagne de l'acide carbonique, était au contraire, après les hémorrhagies, chargé d'oxygène ; la mère emprunte donc l'oxygène du fœtus et ce fait peut expliquer la mort du fœtus avant la mère lorsque cette dernière subit une hémorrhagie.

M. Gley a retrouvé chez le chien les *glandes accessoires du corps thyroïde* qu'il a déjà décrites chez le lapin.

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 février 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Le choléra en 1892 dans la banlieue de Paris (1).

M. Proust complète l'histoire de l'épidémie de choléra en 1892, par son étude dans la banlieue de Paris. Il insiste au point de vue prophylactique sur les conditions qui ont favorisé le développement de la maladie. Le choléra a frappé presque exclusivement des sujets vivant dans des habitations malsaines, au milieu de quartiers malpropres, buvant des eaux impures et contaminées. Pour prévenir son retour au printemps prochain, c'est à la désinfection des logements insalubres, à la propreté des localités et des quartiers suspects qu'il faut recourir d'urgence. Il est plus urgent encore d'amener de l'eau potable de bonne qualité et tout au moins de préparer à l'avenir les moyens de filtrer ou de faire bouillir les eaux suspectes. Enfin l'efficacité des mesures de désinfection immédiate rend indispensable d'organiser un service d'avertissement signalant les cas nettement cholériques ou simplement suspects à l'administration sanitaire.

M. Rochard insiste sur le rôle de l'eau dans la transmission du choléra. Des améliorations importantes seront réalisées cette année. Paris, à partir du 1er avril, recevra 110.000 mètres cubes nouveaux des eaux potables de la Vigne. La banlieue, plus mal partagée encore sous le rapport de l'eau de Seine puisée, recevra de l'eau au-dessus de Paris et non plus au-dessous. Cette eau sera de plus purifiée par le fer et la filtration sur le sable.

Un cas de cholécystectomie idéale.

M. Schwartz a pratiqué la cholécystectomie idéale chez une femme de 51 ans. La vésicule biliaire pleine de calculs ne tenait plus au foie que par le canal cystique élongé et oblitéré. Les conditions se rapprochaient donc de celles de l'observation de Monod (2). La guérison fut parfaite.

La suture métallique dans les fractures de la rotule.

M. Lucas-Championnière présente trois malades opérés avec d'excellents résultats par ce procédé. Il insiste sur la tolérance des tissus pour les fils métalliques aseptiques. Plusieurs malades portent leurs fils perdus dans l'os depuis plusieurs années.

(1) Voir *Progrès Médical*, 1892, vol. II, p. 22, 89, 329, 330, 410, 463, 536.

(2) Voir *Progrès Médical*, 1893, p. 104, vol. I.

L'arthrodèse tibio-tarsienne après l'amputation de Chopart.

M. Polaillon lit un rapport sur ce procédé opératoire nouveau dû à M. Godfroy père (de Versailles). Après l'amputation de Chopart il est difficile, même par la ténotomie du tendon d'Achille et les appareils orthopédiques les mieux faits, d'empêcher le renversement du talon en arrière, ce qui projette le moignon en bas et en avant. L'arthrodèse tibio-tarsienne, faite dans un cas par M. Godfroy, permet d'éviter ce renversement.

Le choléra dans l'arrondissement de Dunkerque en 1892.

M. Reumany (de Dunkerque) lit une courte note sur la marche de l'épidémie de choléra dans cette ville en 1892.

Election.

Dans l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale en remplacement de M. Villemin, M. Kelsch, présenté en première ligne, est élu au premier tour de scrutin par 60 voix sur 74 votants. M. Straus obtient 12 voix. M. Fernet et Rendu chacun une voix.

Correspondance. — Nouvelles diverses.

Au début de la séance M. Laboulbène a annoncé à l'Académie la mort de M. le Professeur Ball, membre de l'Académie. Aucun discours, d'après la volonté formelle du défunt, n'ayant pu être prononcé sur sa tombe, M. Laboulbène tient tout au moins à exprimer tous les regrets que cette perte cause à l'Académie.

M. Escande, au nom d'un correspondant anonyme, met à la disposition de l'Académie une somme de 1,000 fr. destinée à récompenser l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à une bronchite simple) chez les enfants du premier âge. » Une somme de 300 francs sera de plus versée éventuellement pour les dépenses du concours. Le désir du donateur est que ce concours soit désigné sous le nom de concours Laënnec. L'Académie a reçu un très beau buste de Lisfranc, don de M. Portefin, avocat. Ce buste sera placé dans la bibliothèque. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 février. — Présidence de M. Fernet.

M. Chantemesse, en réponse à une lettre de M. Bertin, ue dans la dernière séance, dans laquelle celui-ci revendiquait la priorité de l'idée des injections de sérum d'animaux dans la fièvre typhoïde, fait remarquer qu'il n'y a aucun lien entre la pratique de M. Bertin et la sienne. Ce dernier, en effet, partant de ce principe, faux en réalité, que le sérum du sang de mouton est réfractaire à la fièvre typhoïde, a injecté ce sérum *non immunisé* à ses malades. Les expériences de MM. Chantemesse et Widal avaient démontré, en 1892, que le sang des animaux sains ne jouit pas de propriétés thérapeutiques. Les expériences faites avec celui des animaux immunisés ont été inspirées par les recherches de MM. Richet et Héricourt. Elles sont donc toutes différentes de celles de M. Bertin.

M. Chauffard présente un malade atteint de *tuberculose linguale*. Il ne s'agit pas, dans ce cas, de la forme ulcéreuse commune, mais d'une tuberculose qui se présente sous la forme d'une tumeur dure, rénitente, simulant une gomme syphilitique. Cette lésion, lorsque le malade s'est présenté à l'hôpital, était assez récente ; elle remontait à environ 15 jours. La langue est maladroite, mais il n'y a pas de douleurs vives. On trouvait le tiers antérieur augmenté de volume, la muqueuse est d'un rouge vif, recouverte d'un enduit jaunâtre fibrino-purulent. La déformation en dos d'âne paraît nettement délimitée. Sur les côtés de la langue se trouvent deux fissures. A la commissure labiale, une ulcération superficielle à bords décollés dont le fond présente des nodules, type de tuberculose ulcéreuse. Il y a des ganglions au cou. Au sommet droit, signes de tuberculose. Les crachats renferment des bacilles, mais ceux-ci n'ont qu'une valeur relative, la salive pouvant en contenir qui proviennent des fissures linguales ou de l'ulcération labiale. Le malade semble, de plus, avoir été syphilitique. Trois jours après un coït il a eu un chancre, mais jamais d'autres manifestations spécifiques. Pensant qu'il s'agissait d'une lésion tertiaire de la langue, on fit le traitement d'épreuve : frictions mercurielles et iodure de potassium, jusqu'à 8 grammes par jour. Les fissures s'aggravèrent, se tapissèrent de granulations grisâtres. Quant à la tumeur de la langue elle ne s'est point résorbée, mais vidée. On doit donc la considérer comme une gomme tuberculeuse de la langue. L'iodure de potassium semble avoir eu une mauvaise influence sur la maladie. Donc, dans des cas analogues, il ne faudrait pas insister sur cette médication. Le chirurgien consulté n'étant pas partisan de l'extirpation totale, ce malade sera pansé avec le naphtol camphré, ensuite on essaiera peut-être l'éther iodoformé et l'acide lactique, mais ce dernier avec précaution.

M. Rendu a eu de bons résultats de l'emploi du naphtol camphré.

M. Fernet ayant traité par le naphtol camphré une tuberculose linguale l'a vue, au bout de deux ou trois mois, guérir presque complètement.

M. Huchard lit une note sur les *algies d'origine psychique considérées dans leurs rapports avec les névralgies pelviennes*. La neurasthénie locale caractérisée par les algies peut être périphérique ou centrale. M. Bloch a décrit des monoalgies localisées dans un seul point du corps. La dénomination d'algies pour ce genre de douleurs est préférable à celle de topoalgie et de névralgie, parce que ce ne sont pas les nerfs qui sont en cause. Ces algies neurasthéniques s'installent petit à petit ou brusquement, quelquefois à la suite de traumatismes. Elles sont fixes, continues, tenaces. Les douleurs peuvent persister pendant 10 ou 15 ans. Contre ces algies tous les médicaments calmants et même l'électricité (1) ont été en vain employés. Elles peuvent simuler les affections d'organes. Ainsi une jeune fille non hystérique présenta des algies dans la région ombilicale, ce qui fit croire à une affection de l'estomac. Elles occupent très souvent les régions pelviennes et les chirurgiens n'ont aujourd'hui que trop de tendance à pratiquer, pour y remédier, des opérations (2). Dans les névralgies pelviennes qui sont la conséquence de lésions, l'intervention est légitime. Mais il en est d'autres où il n'y a pas de lésions, où il ne faut pas d'intervention. Chez les hyperchlorhydriques les algies sont centrales et alors tous les traitements opératoires échouent. C'était le cas pour une femme, vue avec M. Guéneau de Mussy, à laquelle on avait proposé l'hystérectomie. M. Potain consulté s'y opposa et, pour rassurer la malade, lui dit qu'il s'agissait d'un *cancer nerveux*, montrant par cette dénomination qu'il regardait cette affection comme rentrant dans le domaine médical. M. Pichevin, dans sa thèse inaugurale sur les *abus de la laparotomie*, cite le cas d'une femme souffrant de névralgies pelviennes à laquelle on fit la laparotomie et qui succomba la veille de son mariage. M. Debove a cité des cas d'hystérie convulsive succédant à ces opérations pour algies, d'autres des troubles mentaux suivant les interventions chirurgicales. Dans ces algies des neurasthéniques où tous les traitements médicamenteux échouent, il semble que la substitution d'une douleur réelle à la douleur imaginaire amène le soulagement. C'est ainsi que la faradisation avec le balai électrique a amené des résultats dans les mains de M. Bloch. Fortifier et calmer, telles sont les grandes indications du traitement des algies. Les pulvérisations de chlorure de méthyle, les injections de sérum artificiel, les injections d'un gramme d'hémoglobine et la faradisation avec le balai paraissent les meilleurs moyens à employer.

M. Ferran a obtenu des résultats sur les névralgies, sans localisations précises, par les injections sous-cutanées de chloroforme. Chez une malade qui présentait des douleurs de la mâchoire avec accès intermittents, non causées par les dents,

(1) Je possède cependant une observation d'algie durant depuis 12 ans et pour laquelle l'hystérectomie totale resta sans résultats qui a été guérie par vingt séances de faradisation. Cet exemple ne doit pas être le seul. L.-R. R.

(2) Dont les résultats ne répondent pas toujours à leurs désirs; témoin le cas cité plus haut. L.-R. R.

puisqu'elle n'en avait plus, ni par les gencives qui étaient saines, les injections de chloroforme réussirent à la calmer. Il y a dans ces cas dérivation sur la sensibilité périphérique et action substitutive sur les centres psychiques.

M. Huchard. — Dans les algies, les douleurs ne sont pas localisées, c'est pourquoi le traitement local reste inefficace.

M. Antony lit un travail sur la *contagiosité des oreillons*. Des faits observés, il résulte que si les oreillons sont contagieux lors de l'incubation, ils peuvent aussi rester tels pendant la convalescence. Dans une épidémie qui sévit au camp et dans la ville de Châlons en 1875, au moment d'un changement de garnison, un homme avait eu les oreillons. Une épidémie se déclara et se répandit dans la ville voisine (Châlons). Un mois et demi après, une autre batterie venait remplacer la précédente au camp de Châlons, la première épidémie remontait au 16 août. La batterie arriva à Châlons le 17 octobre, le 30 novembre, 44 jours après, une nouvelle épidémie éclatait. Les locaux étaient-ils restés imprégnés par les microbes provenant du premier malade du 16 août ou du séjour le 17 octobre de la batterie à Châlons ? Un autre fait montre les oreillons transmissibles en dehors de la période de contagion. Des enfants qui avaient eu les oreillons six semaines avant les transmirent à deux de leurs cousins. La sécheresse de la bouche paraît être un des signes les plus nets de l'incubation. Elle survient du 1er au 3e jour. La transmission paraît pouvoir se faire par la salive. Dans le milieu militaire, la période d'incubation des oreillons paraît être d'un mois et plus d'intervalle. Cela tient-il à ce que, dans ce temps (1875), où les soldats faisaient 5 ans de service, plusieurs avaient acquis l'immunité? Cela tient-il à la nature même de l'agent pathogène? Mais quel est d'abord cet agent ? MM. Laveran et Catrin ont obtenu avec le sang de malades d'oreillons ou du liquide provenant d'orchites ourliennes un microcoque jaune. Les expériences répétées par M. Antony ont donné aussi un microcoque jaune qui garde cette coloration dans la culture sur pomme de terre. Quant aux inoculations faites aux animaux, elles sont trop récentes pour en pouvoir donner les résultats. 19 malades ont eu une angine parallèle à la tuméfaction des glandes salivaires. 15 fois sur 42 malades il y a eu tuméfaction des glandes soux-maxillaires. Orchite ourlienne dans 16 0/0 des cas ; pas d'atrophie testiculaire. Les faits de récidive sont fort rares, il y en a eu cependant 3 cas.

En résumé les faits démontrent que la contagion peut encore avoir lieu après un mois et plus.

M. Rendu n'est pas convaincu que les chiffres aient réellement la valeur qu'il semble. Plusieurs objections sont en effet possibles. Les faits relatifs aux artilleurs qui sont restés 40 jours au camp, puis ont été pris des oreillons, semblent prouver qu'ils les ont contractés dans une chambre mal nettoyée. Mais on ne sait pas non plus si pendant cet intervalle il n'ont pas été se promener en ville et si ce n'est pas là qu'ils ont pris les oreillons. Donc il faut être moins affirmatif sur les cas de contagion après guérison.

M. Sevestre appuie les réserves de M. Rendu. Il lui est arrivé en effet de voir un malade, qui était resté un mois dans son service, contracter les oreillons. Mais le service communiquait avec une autre salle où les malades pouvaient aller et où se trouvaient des malades d'oreillons. Quand le contact est bien nettement établi la période d'incubation paraît durer de 20 à 22 jours.

M. Catrin observe en ce moment-ci une épidémie d'oreillons et reconnait qu'il est difficile de préciser le point de départ. Il a été moins heureux dans ses recherches que M. Antony avec les cultures de sang et n'a trouvé de microorganismes en abondance qu'avec le liquide testiculaire ou parotidien. Lorsque les cultures sont très récentes les animaux sont pris en 3 jours ; les cultures plus vieilles semblent moins virulentes.

M. Merklen possède deux faits en rapport avec la longue durée de l'incubation des oreillons. Deux jeunes gens vont ensemble au théâtre, le premier avait les oreillons confirmés le lendemain, le second ne fut pris que 27 jours après, et la mère 27 jours après son second fils.

M. Rendu lit une lettre montrant que la période d'incubation peut être assez longue. M. et Mlle X... vont ensemble dans une localité où sévissent les oreillons, la jeune fille reste dans le pays et est prise au bout de 24 jours ; M. X... retourne à sa résidence après un séjour de 3 jours dans le village contaminé, 29 jours après il a les oreillons. Si donc le germe se transmet dans la période où il n'y a pas encore de signes manifestes de la maladie, il peut ne déceler sa présence qu'au bout de 29 jours.

M. Antony. — L'exemple cité d'une batterie qui vient dans un endroit et contamine la région et qui est remplacée par une autre qui prend après un mois et demi la contagion montre que celle-ci peut encore se faire pendant la convalescence et même après la guérison. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 23 février. — Présidence de M. Weber.

Traitement de la tuberculose par l'air iodo-térébenthiné

M. Jolly. — Ces inhalations constituent un traitement local complémentaire du traitement interne, dans le but d'obtenir sur les lésions pulmonaires et laryngées une action plus directe de l'iode. Le liquide aseptogène dont se sert le Dr Cadier a la composition suivante :

Iode métalloïde en poudre	10 grammes.
Alcool à 90°.	20 grammes.

Mêlez dans un flacon *ad hoc* et ajoutez :

Essence de térébenthine	200 grammes.
Essence d'aspie	10 grammes.

Dans ce mélange, au bout de très peu de temps et après quelques agitations, il n'existe plus d'iode métalloïde en liberté, bien que le mélange ait une couleur rouge. Il est à l'état de térébenthine poly-iodée; il n'exerce aucune action irritante ni sur la bouche, ni sur les organes respiratoires, comme il arrive dans l'usage de l'iode pur en vapeurs. Chaque litre d'air renferme environ trois, six milligrammes d'iode à l'état de composé térébenthiné.

L'air qui a traversé le mélange iodo-térébenthiné renferme deux espèces de principes actifs différents : un térébenthène poly-iodé et un composé oxy-térébenthiné qui n'est pas de l'ozone, qui n'est pas de l'eau oxygénée, mais qui a la propriété d'en former au contact de l'eau. Or, comme l'eau oxygénée est un antiseptique puissant, ces deux composés agissent donc dans le même sens.

M. Delthil. — La méthode employée par M. Cadier dans le traitement de la tuberculose à l'aide de la solution d'iode et de térébenthine, dont M. Jolly vient de nous donner la formule, a été employée pour la première fois par moi contre la diphtérie. Depuis, je l'ai moi-même appliquée au traitement de la tuberculose. Il est très nettement évident que la vapeur d'iode, associée à celle de l'essence, a une action antiseptique sur les alvéoles pulmonaires. De plus, les effets généraux de ces inhalations sont excellents et les phénomènes qui caractérisent la misère physiologique des phtisiques s'amendent rapidement.

M. Léon Petit. — Je n'admets pas que l'on parle d'*aseptiser* les bronches et les alvéoles. Toutes les théories bacillaires sur lesquelles s'appuie M. Delthil ont le grave inconvénient de leurrer le médecin en le faisant courir à la recherche de l'antiseptique capable de tuer le bacille de Koch, ce qui sera toujours impossible à trouver. Je ne saurais trop m'élever contre ces méthodes d'inhalations, qui n'ont d'autres effets que de tromper le médecin et le malade sans s'adresser à la maladie elle-même, car jamais le microbe n'est atteint, sa situation dans les tissus le rend en effet inaccessible. Ce sont là des procédés d'un autre âge qui devraient avoir vécu.

M. Bardet. — Dans tous les cas, si l'on doit admettre la méthode de l'inhalation, encore faudrait-il que la pratique en soit rationnelle. Or, tous les inhalateurs qui sont vulgairement employés et ceux dont se servent MM. Jolly et Delthil, en particulier, sont mauvais. Tous ont l'inconvénient de forcer le malade à aspirer, à sucer l'air, de telle sorte que non seulement il se fatigue, mais encore il est incapable de faire pénétrer l'air au fond de ses alvéoles. Pour que la respiration puisse être profonde, il faut qu'elle soit large ; or, pour que la chose soit possible, il est nécessaire que l'individu soit placé dans une véritable atmosphère médicamenteuse. On l'a bien compris,

quand on a jadis employé les inhalations fluorhydriques, en faisant séjourner les malades dans des chambres où pénétrait ce qu'on pourrait appeler une *solution aérienne* du médicament.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Séance du 16 février 1893. — PRÉSIDENCE DE M. D'ARSONVAL.

De la galvanocaustie interstitielle.

M. le Dr GILLES (de Marseille). — L'électricité fournit un moyen de modifier les tissus dans des points déterminés par le chirurgien sans amener des lésions durables soit dans les tissus voisins, soit dans la membrane tégumentaire. Cette modification sera antiseptique dans une aire déterminée et amènera la formation de tissus scléreux. L'agent de la lésion sera la chaleur seule, force dont l'action sur les organes profonds est peu connue parce qu'elle ne pouvait être localisée. Le principe de la méthode est celui du galvanocautère. Le cautère est composée de quatre parties soudées ensemble bout à bout. 1° Une aiguille d'acier soudée à calibre égal à son extrémité mousse avec. 2° Un fil de cuivre rouge dont le diamètre peut varier entre six et ot dixièmes de millimètre. 3° Un fil de platine de trois à huit dixièmes de millimètre de diamètre et d'une longueur variant de un demi à un ot demi centimètre. 4° Un fil de cuivre rouge semblable à celui que nous avons décrit. Les longueurs respectives des parties de l'instrument varient avec les organes à cautériser. L'aiguille en acier, résistante et élastique, fraye dans les tissus une route et ressort entrainant après elle les autres parties de l'instrument dont on arrête la marche lorsque le fil de platine so trouve en contact avec le point à cautériser. On met ensuite en circuit les deux fils de cuivre à quelques centimètres au delà de leur sortie des tissus et on fait passer un courant qui varie de un à cinq ou six ampères. L'électricité rencontre dans le platine un conducteur relativement résistant et l'échauffe sans que le fil de cuivre s'écarte sensiblement de la température ambiante si l'opération n'est pas trop longue; il suffit dans ce dernier cas d'interrompre le courant toutes les deux minutes : le cuivre est refroidi dans un instant. Des expériences pratiquées sur le chien et sur le lapin depuis une quinzaine de mois et suivis d'examen microscopique des pièces nous autorisent à formuler les conclusions suivantes :

La galvanocaustie insterstitielle donne naissance à des produits scléreux. Elle est remarquablement inoffensive tant au point de vue local que général, mais elle paraît douloureuse. L'air contenu dans les bronches rend difficile l'évaluation de la température produite dans le poumon. Les produits de la combustion ou du chauffage peuvent quelquefois se résorber sans laisser de traces appréciables au bout de quelques mois : le fait a été constaté sur les muscles et sur les cartilages. Les cautérisations articulaires sont bénignes et n'exigent pas l'immobilisation consécutive chez le chien et le lapin. Nous avons obtenu des résultats de même ordre sur le testicule, le foie, le poumon, les muscles et les articulations. Une cautérisation du muscle ventriculaire cardiaque (pointe du cœur) n'a pas à *elle seule* déterminé la mort. Les opérations au bout do quelque temps ne laissent aucune trace sur les points non chauffés excepté sur la plèvre.

Sur un cas de tremblement monoplégique à forme Parkinsonnienne avantageusement traité par les courants induits.

M. le Dr P. DIGNAT. — Il s'agit d'un malade âgé de 72 ans, qui, depuis 4 ans, a présenté successivement tous les symptômes d'une paralysie agitante à forme monoplégique, siégeant au membre supérieur droit : rigidité musculaire assez prononcée, tremblements isochrones et continus se manifestant à l'état de repos et caractérisés par des mouvements de flexion lents et réguliers des phalanges et par quelques mouvements analogues du poignet sur l'avant-bras : sensation de chaleur, fixité du regard, etc... Traité, à l'exclusion de toute autre médication, par les courants induits (bobine à gros fil localement appliqués sur les divers groupes de muscles du membre atteint, le malade a vu disparaître peu à peu et définitivement la raideur musculaire et les tremblements. L'auteur insiste sur ce point que son malade, qui, malgré son âge avancé, jouit de la plénitude de ses facultés intellectuelles, n'a jamais rien présenté, pas plus dans l'état actuel que dans ses antécédents héréditaires ou personnels, qui permît de songer soit à une sclérose en plaques, soit à un ramollissement cérébral, soit encore à l'hystérie. A noter cependant un tremblement généralisé qui lui serait survenu pendant une insurrection au Mexique, en 1858, à la suite d'un incident pouvant être tragique pour lui ; ce tremblement aurait disparu de lui-même et sans traitement aucun, après quelques mois. P. SOLLIER.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 16 février 1893, — PRÉSIDENCE DE M. SALMON.

M. CAPITAN présente un *cerveau d'aphasique* recueilli dans son service à Bicêtre et présentant, d'une façon particulièrement nette, l'atrophie de la troisième frontale gauche.

M. DYBOWSKI fait, avec nombreuse collection à l'appui, une communication sur les *armes* dont se servent les indigènes des contrées qu'il a visitées dans le bassin de l'*Oubanghi et de la Kémo*. Il y a là des formes très curieuses de couteaux à jet, de javelines, etc., qui présentent des ressemblances plus ou moins évidentes avec des modèles d'armes répandus dans d'autres contrées. Les Langouassis sont habiles forgerons. Ils emploient du fer natif et notamment l'itamérite qu'ils travaillent au charbon, ce qui fait supposer que leur pays est la source de ces couteaux à jet. Les N'gapons également se servent de couteaux d'un type très spécial en forme d'X à large lame. La collection de M. Dybowski, très riche, comprend encore des couteaux de parade langouassis, des sabres d'exécution du Congo, des Boubanghis, etc., et de curieux objets ethnographiques parmi lesquels il convient de citer des baguettes de quartz pur dont les indigènes font l'ornement de leur lèvre inférieure trouée.

M. A. DE MORTILLET estime que la forme primitive de ces couteaux de jet est celle du couteau simplement en bec d'oiseau qui n'est pas une arme de jet ; qu'en outre des armes de jet sont représentées sur de très anciens monuments du nord africain, ce qui semblerait prouver que l'origine n'en est pas exclusivement langouassie. Il en est de même de la forme de certains sabres égyptiens qui présentent une analogie avec ceux qu'on rencontre chez les noirs primitifs.

M. COLLIGNON a étudié, dans sa dernière campagne, conformément à un programme raisonné et tracé d'avance pour être appliqué à tous les départements, l'anthropologie des *conscrits de la Dordogne*. Son étude fait partie d'un travail d'ensemble qui donnera certainement une somme énorme de documents anthropologiques comprenant également des observations d'ordre médical. Outre le département de la Dordogne, M. Collignon a pu étudier ceux de la Charente, de la Haute-Vienne, de la Creuse et de la Corrèze, faisant partie du 12e corps d'armée. La population de ces départements a été rangée jusqu'à présent parmi les très dolichocéphales. Il y a effectivement, dans les pays situés au nord de la Dordogne et de la Vezère, une extrême dolichocéphalie pouvant atteindre de 83-87 pour l'indice céphalique. Vers le sud cependant, la population devient plus brachycéphale elle le devient franchement dans la Corrèze, moindre dans la Haute-Vienne, et la dolichocéphalie se manifeste de nouveau vers Limoges. Ces différences de races actuelles remontent à des différences de races originelles. Dans le pays des Lemovices, les brachycéphales autochthones, dans le sens de pré-occupants, ont été envahi par des dolichocéphales qui leur ont donné leur nom. La race dolichocéphale de l'Isle descend, M. Collignon en est convaincu, de la race de Cro-Magnon. En moyenne, les yeux et les cheveux foncés prédominent sur les clairs. La carte de répartition accuse, dans la basse vallée de l'Isle jusqu'à Périgueux, le centre par excellence des teintes foncées. Quant à la taille, M. Collignon a relevé dans le Limousin une tache « noire » comme Broca l'avait qualifiée dans la Bretagne. Dans 15 cantons en effet, la taille moyenne est inférieure à 1m61, et dans certains de ces cantons elle no dépasse même pas 1m56 ! Ni race, ni terrain granitique ou calcaire ne sont ici en jeu ;

seule la misère doit être incriminée, car elle apporte un frein modérateur entravant le développement de la taille. Les chiffres suivants le démontrent, entre autres, d'une façon très nette : dans le canton de Saint-Pierre de Chignac, la taille moyenne des conscrits nés et habitant dans le canton est de 1m60 ; celle des individus nés dans le canton, mais n'y habitant pas, c'est-à-dire vivant dans de meilleures conditions biologiques, est de 1m63, tandis que celle des individus nés dans d'autres cantons, mais habitant celui-ci, n'est que de 1m60. Il intervient là également une sélection opérée par la misère en tant qu'elle élimine les grands, les forts, les bien nourris. Quant à l'indice nasal, la taille et la leptorhynie marchent de pair : d'autres études prouveront peut-être la généralité de la règle. Les individus à nez concave appartiennent à une race qui est probablement apparentée à celle que M. Collignon appelle « des oasis » du Nord de l'Afrique.

M. HERVÉ appuie le jugement de M. Collignon relatif à l'influence de la misère sur l'abaissement de la taille. Il a pu faire, dans le Morvan, les mêmes remarques se rapportant à la même époque de l'intervention d'une race nouvelle venue. La platycéphalie relative de la population de l'Isle prouve une fois de plus que le type de Cro-Magnon est très différent du magdalénien, du type de Chancelade. Les Cro-Magnons sont venus plus tard, au début du néolithique.

M. SANSON fait remarquer que le retard dans le développement de la taille, sous l'influence de certaines conditions de milieu, n'est jamais regagné entièrement plus tard par le changement de ces conditions, ainsi que le prouvent des expériences faites sur les animaux domestiques, mammifères sujets aux mêmes lois que l'homme.

M. COLLIGNON ajoute que la classe qu'il a examinée était précisément celle de l'armée de la guerre. Or, contrairement au pronostic, ces hommes ont montré une valeur physique supérieure à la moyenne. Il est vrai que, comme contingent, leur nombre est inférieur d'un septième. La cause de ce bénéfice très marqué comme valeur doit être cherchée dans la sélection brutale opérée par la guerre où les inférieurs sont supprimés, bien plus par la maladie que par la balle de l'ennemi, laissant après eux les robustes et les forts.

M. MANOUVRIER rappelle que, dans son régiment, la misère et la fatigue ont tué 750 hommes en 3 mois. Les vigoureux ont résisté ; les grands ont le moins résisté.

M. VIRÉ fait une communication *sur l'instruction publique et la francisation chez les Kabyles*. Les tribus Kabyles sont officiellement désarmées, mais elles sont prêtes à entrer en lutte contre nous à la première occasion. Elles ne se laissent franciser que pour en retirer du profit à titre d'employé ou de fonctionnaire : garde champêtre, chaouch, président de tribu, etc. Il faudrait ne pas franciser les Kabyles en masse et agir surtout sur les femmes. 1871 n'est pas oublié chez eux et sera recommencé à la bonne occasion. G. CAPUS.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 27 février 1893. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL.

M. Henri MONOD a rendu compte de la *situation sanitaire à l'intérieur*. Il a constaté qu'une épidémie de *scarlatine* s'était montrée à l'école professionnelle de Bar-sur-Seine (Aube). L'école a été licenciée et est restée fermée deux mois. Les locaux ont été désinfectés au moyen de fumigations à l'acide sulfureux et pulvérisations au sublimé. Il faudrait savoir d'une manière minutieuse comment ces fumigations et pulvérisations ont été faites. Ce qui est certain, c'est que la maladie a reparu avec la rentrée des élèves. Le maire demande avec raison l'envoi d'une étuve où devront passer les objets de literie, pour lesquels les mesures prises se sont montrées insuffisantes. Une des étuves de l'administration sanitaire a été envoyée à Bar. — Voici la situation de l'épidémie de *variole* qui a sévi dans la Corrèze, au 18 février : 935 cas ; 128 décès ; 5.530 personnes revaccinées ; 17.100 personnes vaccinées pour la première fois depuis l'apparition de l'épidémie. — Quelques nouveaux cas de *fièvre typhoïde* se sont produits dans la commune de Silfiac (Morbihan). A Versailles, la fièvre typhoïde s'est montrée dans les prisons. Le lycée de jeunes filles, voisin de l'une des prisons, a été licencié. On a installé dans les prisons des filtres Chamberland. La literie et les vêtements ont été passés à l'étuve.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE & DE GYNÉCOLOGIE

I. — **Des enfoncements et des fractures du crâne chez le fœtus pendant l'accouchement** ; par E. LELIÈVRE. Thèse de Paris, 1892.

II. — **De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches** ; par LALLIER. Thèse de Paris, 1892. — Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

III. — **Anatomie obstétricale** ; par le Dr DÉMELIN, chef de clinique à la Faculté. — Masson, édit., 120, boulevard Saint-Germain.

IV. — **Hystérectomie totale par la voie abdominale** (Communication de M. le Pr LANNELONGUE à la *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Bordeaux*, 12 juillet 1892.)

V. — **Anomalies de développement de l'enveloppe crânienne** ; par BONNAIRE.

VI. — **Du craniotabes ou ramollissement des os du crâne chez les jeunes enfants** ; par Maurice PALEY. Thèse, Paris, 1892.

I. — M. Lelièvre a étudié les causes et le mécanisme des fractures : 1° Quand l'accouchement est simple et le bassin normal ; 2° Quand l'accouchement est simple et le bassin vicié ; 3° Dans l'accouchement artificiel par le forceps ; 4° Dans l'accouchement artificiel par la version. Il nous montre le mécanisme des lésions dans chacun de ces cas, leur siège et leur forme ; leur gravité plus ou moins grande. Puis il passe en revue les différents modes de traitement employés jusqu'ici. Ce travail très complet, basé sur 31 observations, M. Lelièvre l'a très bien résumé dans ses conclusions : 1° Les enfoncements du crâne, chez le fœtus, se présentent sous deux formes principales : la forme d'un sillon ou d'une gouttière et la forme d'un godet, d'un entonnoir ou encore d'une cuiller. La première est la plus fréquente et la moins dangereuse, la seconde la plus rare et la plus grave. 2° Les fractures accompagnent, le plus souvent, mais non toujours, les dépressions et particulièrement les dépressions de la seconde catégorie. Dans quelques cas, elles siègent à la base du crâne, dans les points les plus faibles. 3° Les enfoncements et les fractures s'observent aussi bien à la suite d'un accouchement simple dans un bassin normal, ou plutôt dans un bassin vicié, qu'à la suite d'un accouchement terminé par le forceps ou la version. 4° Les causes qui les déterminent sont imputables : à la mère, au fœtus et, dans quelques cas exceptionnels, à l'accoucheur. 5° Les signes par lesquels ils se traduisent sont locaux et généraux. 6° Les conséquences qui en résultent sont variables dans leurs manifestations et dans leur durée. 7° Le meilleur traitement est le traitement préventif, et il faut entendre par là l'accouchement provoqué dans le cas où l'on se trouve en présence de bassins rétrécis.

II. — Dans l'historique qu'il fait de la question, M. Lallier ne parle que des auteurs qui ont vu entre ces deux états, éclampsie ou infection d'une part, psychose d'autre part, une véritable relation de cause à effet. Abordant alors son sujet, il établit les rapports qui existent entre la folie puerpérale et l'éclampsie. Ce genre de psychose évolue rapidement, il est relativement fréquent. Les relations entre la folie puerpérale et l'infection sont hors de doute, mais son diagnostic d'avec le délire aigu de la septicémie est excessivement difficile. D'après l'auteur, la forme des psychoses liées à l'infection puerpérale ou à l'éclampsie ne serait autre que celle à laquelle les aliénistes allemands ont donné le nom de *confusion mentale hallucinatoire aiguë*. Cette affection est due très probablement à la toxémie qui résulte, dans l'éclampsie, de produits de désassimilation organique et, dans l'infection, de l'absorption de poisons solubles microbiens. Des considérations sur la prophylaxie et la thérapeutique des psychoses puerpérales terminent cet intéressant travail.

III. — Deux parties composent le volume écrit par M. Démelin : la première traite du bassin de la femme et des organes qu'il contient ; la seconde est consacrée à l'étude de l'œuf. Après avoir examiné chacun des os qui composent le bassin, l'auteur étudie la filière pelvienne dans son ensemble ; il s'arrête peu sur la description des parties molles qui n'ont que des rapports éloignés avec la parturition ; mais il insiste sur l'anatomie du périnée, de la vulve et surtout de l'utérus. Il nous fait assister aux

changements que ces organes subissent pendant la gestation, l'accouchement et la délivrance : changements de forme, de consistance, de volume, etc., et nous voyons comment entrent en jeu, au moment voulu, les propriétés particulières à chacun d'eux. L'étude de l'œuf vient ensuite : anatomie des membranes, du placenta et du cordon. Nous apprenons quelles sont leurs fonctions et leurs propriétés, ce qu'est le liquide amniotique et quel est son rôle. Une grande partie est consacrée au fœtus. Ce livre est bien écrit et se lit facilement. L'auteur a su être simple et précis, s'arrêtant sur chaque sujet, suivant son importance au point de vue obstétrical. C'est un ouvrage que l'étudiant lira avec fruit et dans lequel le praticien sera heureux de trouver, sur beaucoup de points, le résultat des dernières recherches scientifiques.

IV. — M. Lannelongue a communiqué à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux une observation d'hystérectomie totale par la voie abdominale, qui présente un vif intérêt au point de vue obstétrical. Il s'agit d'une multipare toujours bien réglée, chez laquelle existait depuis cinq ans un fibrome de l'utérus. En mars dernier, suppression brusque de la menstruation et accroissement rapide et considérable du ventre, désordre de toutes les fonctions, état général très mauvais. L'intervention s'impose. Malgré la suppression des règles et la présence d'une tumeur kystique et fluctuante au niveau du bassin, constatée par le toucher vaginal et rectal, malgré le développement brusque et rapide du fibrome, M. Lannelongue repoussa le diagnostic de grossesse. Il pratiqua l'hystérectomie abdominale par la méthode de Guermonprez, qui lui permit d'enlever l'utérus avec facilité. La malade a très bien guéri. L'utérus enlevé pesait 9 kilogrammes. A la coupe, on put constater que ses deux tiers supérieurs étaient occupés par la tumeur fibromateuse et que le tiers inférieur renfermait un petit fœtus de quatre mois environ, enveloppé de ses membranes.

V. — Il y a des enfants qui naissent à terme avec défaut d'ossification uniforme. D'autres, nés prématurément, ont une tête très ossifiée. On ignore les lois qui président à ces anomalies, que l'on peut ranger sous deux grandes classes : *défaut d'ossification* et *excès d'ossification*. Les anomalies par défaut d'ossification siègent surtout sur les pariétaux, elles présentent des caractères particuliers qui permettent de les reconnaître au toucher. Elles affectent deux formes : ou bien elles représentent des anfractuosités arborescentes, ou bien elles constituent des perforations isolées : perforations craniennes spontanées de Parrot. Les excès d'ossification se traduisent le plus souvent par des sutures peu sensibles, par des noyaux supplémentaires dans l'aire des fontanelles. Cette anomalie n'est parfois qu'une manifestation de l'hydrocéphalie ventriculaire, aussi bien que de l'hydrocéphalie anencéphalique. Excès ou défaut d'ossification peuvent être, l'un ou l'autre, des causes de dystocie. Quant à la pathogénie des anomalies de l'enveloppe cranienne, M. Bonnaire adopte l'explication donnée par le Pr Lannelongue : Il faut admettre qu'au moment de la réflexion de l'amnios au niveau du capuchon céphalique, à la troisième semaine de la vie intra-utérine, il s'établit une adhérence entre les feuillets fœtal et ovulaire de cette membrane. Cette adhérence s'élonge en forme d'une ou plusieurs brides, et, lorsque celles-ci se trouvent brisées et résorbées par les progrès de l'expansion de l'œuf, leur point d'insertion fœtale constitue une zone cutanée qui se trouve en retard dans son développement par rapport au reste du cuir chevelu.

VI. — Le craniotabes peut être défini une craniomalacie. Il est caractérisé par un ramollissement, un amincissement et une raréfaction tels de la substance osseuse que, dans les cas extrêmes, le périoste et la dure-mère viennent s'accoler l'un à l'autre. Il affecte surtout l'occipital, puis les pariétaux et la portion écailleuse des temporaux, le plus souvent du côté gauche. Certains auteurs attribuent cette maladie au rachitisme (Elsœsser), d'autres, à une hypertrophie des circonvolutions cérébrales (Giraldès). Parrot en admet deux variétés, l'une congénitale, l'autre qui se montrerait après la naissance et reconnaîtrait pour origine la syphilis héréditaire. Toutefois, on a vu le craniotabes chez des sujets nullement tarés. Cette affection, qui se montre habituellement vers le deuxième mois, serait due surtout, d'après M. Paley, à la mauvaise alimentation des nouveau-nés, à une hygiène déplorable, à l'athrepsie. Le diagnostic est facile, il suffit d'une palpation méthodique des régions postérieures de la tête. Mais, pour découvrir cette lésion, il faut la chercher, car elle ne se manifeste par aucun symptôme spécial. Le pronostic est bénin. Le ramollissement disparaît en quelques mois sous l'influence d'une bonne hygiène et d'une alimentation convenable. M. Paley dit que le craniotabes est un phénomène fréquent (?). L. M.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique pour l'examen des maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles; par Baratoux. — Société d'Editions scientifiques, Paris, 1892.

M. Baratoux vient de publier un Guide pratique pour l'examen des maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles, avec gravures dans le texte et un atlas de 186 figures, qui rendra de réels services aux étudiants. Ce Manuel est destiné aussi aux médecins qui désirent entreprendre l'étude des affections de ces organes ; ces derniers y trouveront l'exposé de toutes les méthodes d'examens utiles pour établir le diagnostic, les principaux modes de traitement utilisés de nos jours.

Traité clair, précis, court, sans prétention, sans phrases inutiles ; figures bien choisies ; impression soignée. Telles sont les qualités que nous avons à signaler. Nous ne pouvons, on le comprend, insister davantage sans tomber dans une énumération qui ressemblerait singulièrement à une table des matières. L'auteur a atteint le but qu'il s'était proposé. On ne peut rien demander de mieux.

VARIA

Faculté des sciences de Paris.

Second semestre.

Les cours de la Faculté ont été ouverts le mercredi 1er mars 1893, à la Sorbonne.

Mécanique physique et expérimentale. — Les mardis et vendredis, à dix heures. M. Boussinesq, professeur, a continué ce Cours le vendredi 3 mars. Il exposera la théorie des ondes d'oscillation : houle et clapotis de la mer; ondes produites à la surface d'une eau tranquille par l'émersion d'un solide ou par une impulsion superficielle.

Physique. — Les mardis et samedis, à deux heures. M. Lippmann, professeur, ouvrira ce Cours le samedi 4 mars. Il traitera de l'Electricité.

Chimie organique. — Les mercredis, à une heure et demie, et les vendredis, à dix heures et demie. M. Friedel, professeur, a ouvert ce Cours (3, rue Michelet), le mercredi 1er mars. Il traitera des Composés de la Série grasse.

Minéralogie. — Les lundis et jeudis, à deux heures trois quarts. M. Hautefeuille, professeur, a ouvert ce Cours le jeudi 2 mars. Il traitera d'abord de la Cristallographie et étudiera ensuite les principales espèces minérales.

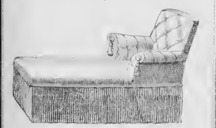
Zoologie, anatomie, physiologie comparée. — Les mardis et samedis, à trois heures et demie. M. Y. Delage, professeur, ouvrira ce Cours le samedi 4 mars. Il traitera des Vertébrés avec les Entéropneustes et les Tuniciers. Les travaux pratiques et manipulations auront lieu le jeudi de une heure et demie à quatre heures et demie dans les laboratoires, sur les sujets relatifs aux examens de la Licence.

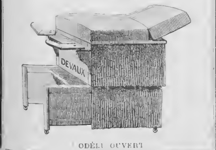
Géologie. — Les mercredis et vendredis, à une heure et demie. M. Munier-Chalmas, professeur, a ouvert ce Cours le mercredi 1er mars. Il étudiera plus spécialement les Terrains secondaires et s'étendra sur leur mode de formation et sur la distribution géographique des mers Jurassiques et Crétacées.

Spectroscopie et photochimie. — Les mardis, à trois heures et demie. M. Salet, maître de Conférences, chargé de Cours, fera les mardis, à trois heures et demie, un Cours de Spectroscopie et de Photochimie. Il commencera le mardi 7 mars (Salle des Conférences, Escalier F.)

Chimie analytique. — Ce Cours aura lieu rue Michelet, n° 3. Les mercredis, à trois heures trois quarts. M. Riban, maître de Conférences, chargé de Cours, a continué ce Cours le mercredi 1er mars. Il traitera du dosage et de la séparation des acides et de l'analyse organique.

Histologie. — Les vendredis, à dix heures. M. J. Chatin, professeur adjoint, chargé du Cours, a ouvert ce Cours le vendredi


MODÈLE FERMÉ



MODÈLE OUVERT

3 mars. Après avoir résumé les principes généraux de la technique, il étudiera la cellule animale dans les principaux tissus considérés au point de vue de l'histologie zoologique (Amphithéatre d'Histoire naturelle).

Conférences sur des sujets indiqués par MM. les Professeurs. Les étudiants ne sont admis à suivre les Conferences qu'après s'être inscrits au Secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences physiques. — M. LEDUC, maitre de Conférences, fera des interrogations sur les matières du cours de M. LIPPMANN, les mercredis, à 5 heures, et les vendredis, à 3 heures 3/4 (Annexe du Laboratoire de Physique). Il fera, les jeudis, à 1 heure 1/2, une Conférence aux candidats à l'Agrégation sur la propagation de la lumière (Annexe du Laboratoire de Physique). — Les travaux du laboratoire d'enseignement ont lieu les lundis, mercredis, jeudis, à 9 heures, et les vendredis, à 8 heures 1/2, dans le laboratoire d'enseignement de Physique. M. PELLAT, professeur adjoint, traitera de la Thermodynamique et de la Capillarité ; ces Conférences auront lieu les lundis, à 1 heure 1/2, et les jeudis, à 4 heures (Amphithéatre de Physique). — Les Conférences d'Agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 heures 1/2 (Annexe du Laboratoire de Physique). M. ROBIN, docteur ès sciences, continuera son cours de Mathématiques à l'usage des candidats à la Licence ès sciences physiques, le mercredi, de 11 heures à midi (Annexe du Laboratoire de Physique). M. JOLY, professeur adjoint, continuera l'etude des *métaux* compris dans la première partie du Cours, et fera la revision des métalloides et compléments, les mardis et samedis, à 10 heures 1/2 (Salle du rez-de-chaussée, Escalier n° 2.) Les Conférences d'Agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à 5 heures, dans le Laboratoire. M. SALET, maitre de Conférences, continuera à traiter de la *Chimie organique* (série aromatique), les samedis, à 3 heures 1/2, dans la salle des Conférences, Escalier F. M. RIBAN, maitre de Conférences, fera au laboratoire, le lundi, à 11 heures, une Conférence théorique et pratique d'Analyse qualitative. Les travaux ont lieu tous les jours, de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 figures; les manipulations pour la Licence, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures. Manipulations de Chimie, le vendredi, de 1 heure à 5 heures, pour les candidats à l'Agrégation: le jeudi, de 1 heure à 5 heures, pour les Professeurs des collèges. M. JANNETTAZ, maitre de Conférences, fera des Conférences sur la *Minéralogie*, les mardis et samedis, à 8 heures 1/2, dans le Laboratoire de Minéralogie.

Sciences naturelles.—M. J. CHATIN, professeur adjoint, continuera, les lundis et jeudis à 10 heures, dans l'Amphithéatre d'Histoire naturelle, l'étude des Organes et Fonctions de reproduction. M. BOUTAN, maitre de Conferences, fera, pendant le semestre d'été, des Conférences de Zoologie aux Laboratoires de Roscoff et de Banyuls. M. VESQUE, maitre de Conférences, fera, les jeudis et vendredis, à 8 heures 3/4, dans la salle des Conférences de Botanique. Il traitera de la Physiologie végétale. M. VÉLAIN, maitre de Conférences, fera, les lundis et samedis, à 9 heures, dans la salle des Conferences, des Conferences sur les diverses parties de la *Géologie*. Les travaux pratiques auront lieu au Laboratoire de Geologie, les lundis et mardis, de 1 heure 1/2 à 3 heures 1/2.

Laïcisation de l'hôpital Saint-Louis.

A la séance du 26 janvier 1893 du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, M. Bontoux a rappelé qu'à la précédente séance M. le Directeur lui avait donné des renseignements sur l'état de la question au Conseil d'Etat relative au pourvoi formé contre la laicisation de l'Hôpital Saint-Louis et de l'Hôtel-Dieu. La Congrégation des religieuses hospitalières de l'Hotel-Dieu et de Saint-Louis a introduit, contre l'Administration, un pourvoi devant le Conseil d'Etat au sujet de la laicisation projetée de ces hopitaux. L'avocat de la Congrégation vient de présenter son rapport. Le Conseil d'Etat va en être saisi par un rapporteur, et la solution ne se fera pas longtemps attendre.

Inauguration de l'Hôpital-Dispensaire du XIXe arrondissement.

Dimanche dernier a eu lieu, place du Danube, l'inauguration du Dispensaire pour enfants malades du XIXe arrondissement. M. le chef du cabinet du préfet de la Seine, remplaçant M. Poubelle empeché, présidait, assisté de M. Peyron directeur de l'Assistance publique, de MM. Cattiaux et Vorbe, conseillers municipaux, de M. Moreau, maire du XIXe, d'un certain nombre de chefs de service de la Poliolinique de Paris et des membres du Conseil d'administration. Ce dispensaire se trouve dans un milieu bien aéré et sa disposition intérieure est parfaitement comprise : une des innovations qu'on y trouve est l'installation au premier étage de deux salles contenant chacune trois lits, l'une pour les contagieux, l'autre destinée surtout à abriter les enfants atteints d'affections chirurgicales. L'installation de ces lits qui doivent être habités non par des chroniques, mais par les petits malades qui souffrent d'affections qui n'exigent qu'un court séjour à l'hôpital, rendra de grands services à la population infantile pauvre de ce quartier. Le service médical journalier est assuré par trois médecins. Lorsqu'il s'agira de cas speciaux difficiles ou d'affection chirurgicales, ceux-ci feront appel au concours des spécialistes, médecins et chirurgiens de la Policlinique de Paris, qui se sont mis à la disposition du Comité d'organisation.

Pendant la cérémonie où d'excellents discours ont été prononcés par le président, par MM. Vorbe, Cattiaux, Gillet, Buisson, etc., la fanfare du quartier d'Amérique a fait entendre les plus brillants morceaux de son répertoire. Souhaitons succès et prospérité à cette utile institution. A. R.

Incident à l'Ecole pratique.

L'ouverture du cours de M. Poirier a été marquée par quelques incidents tumultueux. Le ban et l'arrière-ban de l'*armée du chahut* avaient été convoqués pour la circonstance ; la chose avait été méditée et préparée ; des chansons, un programme avaient été répandus à profusion dans les salles de garde et dans les pavillons. Le doyen de la Faculté et le chef des travaux, avertis de divers côtés, s'étaient refusés à prendre la chose au sérieux... Les événements ont prouvé qu'ils avaient raison.

Cependant le tapage fut réussi : confetti, spirales, cris d'animaux divers, hurlements des antisémites, etc. ; et, d'autre part, acclamations sympathiques de la très grande majorité des étudiants en médecine, tels furent les éléments de l'accueil bruyant fait à M. Poirier, à son entrée dans le grand amphithéatre. Après quelques minutes, le silence s'établit et M. Poirier, prenant la parole, admonesta avec vigueur les manifestants réfugiés sur les derniers bancs de l'amphithéatre : « Avez-vous un grief quelconque, un prétexte, même mauvais, exposez-le ; il me sera facile de répondre. » — Silence absolu. Le cours put alors commencer et s'achever, interrompu de temps en temps par quelque aboiement plaintif.

A la fin de sa leçon, M. Poirier fit constater aux manifestants que le « coup était bien raté », qu'ils étaient une *minorité infime*, que « c'était à recommencer » et il leur donna rendez-vous pour le lendemain même heure, même amphithéatre. Au cours du lendemain le chef des travaux fut accueilli par d'unanimes applaudissements, quelques cris de : Rothschild, Rothschild... et le cours eut lieu dans un silence absolu.

Il est assez difficile de démêler les causes de cette manifestation, avortée parce qu'elle n'avait point de motif sérieux. Quelques étudiants reprochent à M. Poirier son intervention dans l'affaire Salmon-Strauss, sans réfléchir : 1° que cette intervention a hâté la fin heureuse d'un conflit dont l'issue pouvait être grave; 2° qu'elle n'a pas été spontanée, mais demandée. — Les cris de « Rothschild » tendraient à faire croire que l'antisémitisme jouait partie dans le concert. Or, informations prises à la Faculté, la situation et la scolarité de l'élève Rothschild est des plus régulières; sa présence dans le laboratoire du chef des travaux ne doit pas être attribuée à la faveur. D'autres ont dit. Les étudiants des lettres, des sciences, de l'Ecole de droit, ont voulu rendre aux étudiants en médecine la politesse que ceux-ci leurs avaient faite à la Sorbonne en les assistant dans le tapage Larroumet. En quoi il y a du vrai, car parmi les 1,600 auditeurs, plus de 400 n'appartenaient pas à la Faculté de médecine.

Au fond, il n'y a rien : il faut voir là un épisode de l'esprit tumultueux qui agite notre Quartier à l'approche du printemps. Commencées au cours de M. Larroumet à la Sorbonne, continuées à la *Nation* et à l'Ecole Pratique, les manifestations bruyantes des étudiants menacent de ne point finir. A notre avis, cet état d'esprit est des plus regrettables ; nous ne voyons pas bien ce que les étudiants peuvent gagner en se livrant à de pareilles manifestations qu'aucun motif sérieux ne peut expliquer ni excuser. Il nous parait, à la lecture des journaux qui se sont occupés des divers incidents que l'opinion publique, si indulgente pour l'étudiant, se détache de lui et nous craignons qu'elle lui manque au jour d'une juste revendication.

Association médicale mutuelle du département de la Seine.

Sixième Assemblée générale annuelle du 19 *février* 1893.

Cette assemblée a eu lieu au grand amphithéâtre de la Faculté. M. le Secrétaire général a prononcé l'allocution suivante :

Messieurs,

Notre association continue sa marche prospère, et l'année qui vient de s'écouler est venue confirmer une fois de plus l'exactitude de nos prévisions. Notre recrutement s'est effectué dans de bonnes conditions, et 39 nouvelles adhésions sont venues grossir notre effectif. Malheureusement la mort nous a encore atteint en la personne du docteur Bersonnet, subitement enlevé à l'affection des siens. Notre confrère, le docteur Reliquet, qui ne s'était joint à nous que pour encourager nos débuts, nous voyant en pleine prospérité, nous a adressé sa démission. Enfin, Messieurs, nous avons été forcés de faire l'application des règlements à ceux de nos confrères qui, après avoir reçu les sommations réglementaires, ne se sont pas mis en règle avec le trésorier. Nous vous répétons encore une fois qu'il est indispensable que les recouvrements se fassent régulièrement, d'abord pour la prospérité de l'œuvre, et ensuite pour nous épargner un surcroît d'écritures, auquel il est difficile de suffire. De plus, lorsque vous avez de l'argent à envoyer, nous vous prions vivement de l'adresser au trésorier, et pas au président ou à moi, ce qui complique encore inutilement les choses. Ceci dit, félicitons-nous de l'heureuse santé dont presque tous nous avons joui pendant cette année. En effet, nous n'avons eu à enregistrer que 607 jours de maladie qui, répartis entre 230 sociétaires, ne représentent pas une moyenne de 3 jours par tête. Cet heureux état de chose accroît dans de bonnes proportions notre réserve. Cependant, Messieurs, les choses n'iraient pas plus mal si nous avions des charges plus fortes. Certes, je suis des premiers à me réjouir de voir notre réserve devenir imposante, mais il ne faut pas oublier qu'on doit juger de la fortune d'une association comme la nôtre encore plus aux sommes payées qu'aux sommes capitalisées. Et ceci est vrai, même en présence des nouvelles conditions économiques qui nous sont faites, et sur lesquelles je vous demande la permission d'attirer un instant votre attention. Vous savez, Messieurs, que nos capitaux, confiés à la Caisse des Dépôts et Consignations, bénéficiaient d'un intérêt de 4 1/2 pour cent. Actuellement l'intérêt n'est plus que de 3 1/2. et nous devons prévoir un nouvel abaissement dans un avenir plus ou moins lointain. Ceci constitue et constituera une perte sèche pour notre association et doit modifier nos premières évaluations dans de certaines limites qu'il s'agit de déterminer. Disons de suite que, pour un capital de 100,000 francs, en mettant que le taux de l'intérêt n'est plus ou ne va plus être qu'à 3 0/0 au lieu de 4 1/2, nous éprouvons une perte annuelle de 1,500 francs. Ceci représente 150 journées de maladie qui, réparties sur les 300 sociétaires que nous serons l'an prochain (actuellement 250), nous donne une demi-journée par sociétaire et par an, qu'il faut ajouter à notre risque moyen. Il est bon de noter ce fait, il faut en tenir compte, car cette petite augmentation, en apparence insignifiante, d'une demi-journée de risque par an et par sociétaire, ramène à 59 ans l'âge auquel la cotisation couvre exactement les risques prévus, alors que jusqu'ici cette période d'égalité entre le risque et la recette correspondait à l'age de 61 ans. — A 61 ans, les risques étaient de 11,98 pour 12 de recette. Grâce à la demi-journée d'augmentation, nous arrivons à 59 ans avec 11,75 de risque pour 12 de recette. Vous comprenez, Messieurs, l'importance de ce fait ; vous ne m'en voudrez pas d'exposer brièvement la principale indication qui en découle. La question est celle-ci : Devons-nous conserver notre limite d'âge d'admission à 45 ans ? Devons-nous abaisser cette limite ? A la question ainsi posée, la réponse est facile, car nous répondons oui et non. Non pour conserver les 45 ans limite. Oui pour abaisser la limite. Mais quelle sera la nouvelle limite.

Cette détermination, Messieurs, a nécessité une étude sérieuse et a entraîné une telle série de calculs, une telle avalanche de chiffres, que je n'ai pas le courage de vous en accabler, et que je m'en tiendrai à l'exposé seul des conclusions qui, je pense, vous satisferont complètement. Vous savez, Messieurs, qu'une des obligations les plus intéressantes de notre association envers ses membres est d'allouer une indemnité au décès de l'associé, après dix ans de participation. Vous savez aussi que, dans l'esprit de vos fondateurs, cette indemnité, égale à la part entière du capital-réserve revenant à chaque associé, était versée quelle que soit la somme touchée en une ou plusieurs fois à titre d'indemnité de maladie. Eh bien, Messieurs, si nous tenons compte des indications fournies par : 1° La loi de la mortalité en France d'après Deparcieux ; 2° La table de mortalité de la Caisse des Dépôts et Consignations; 3° La table de mortalité des vingt Compagnies anglaises; 4° La table des risques moyens de maladie d'après G. Hubbard et Prosper de Laffitte ; 5° Du taux de l'intérêt à 3 0/0 l'an, nous sommes amenés à conclure, si nous considérons 71 ans comme limite d'âge, que ce remboursement peut être effectué sans danger pour les associés entrés de 21 ans à 30 ans, tout en assurant (ce qui prime tout) le service de l'indemnité-maladie. Pour les associés entrés entre 30 et 40 ans, le capital-réserve est naturellement moins fort, et il y aura lieu de prendre, au moment de la détermination du taux de l'indemnité remboursable au décès, des mesures de sage prévoyance. D'autant plus que nous devons assurer le service des risques non déterminés au delà de 71 ans. Dans tous les cas, le maintien du remboursement total au décès ne pourra être conservé pour les associés entrant après 40 ans. Or, dans une proposition de modification possible des statuts, l'administration laisse toujours augmenter, mais jamais diminuer, les avantages faits aux associés. Il n'est donc pas question ici, ni de diminuer l'indemnité-maladie, ni de supprimer l'indemnite-décès ; il est simplement question de savoir si nous ne devons pas abaisser la limite d'admission à 40 ans, ce qui est notre opinion.

Pour l'année qui vient de s'écouler, nous nous sommes déjà inspirés de cette idée et vous pouvez constater que nos 39 nouveaux adhérents ont 35 ans et 5 mois comme moyenne d'âge, ce qui est absolument parfait. Nous en ferons autant pour l'année qui commence, et c'est dans les conditions de la plus parfaite sécurité que nous allons poursuivre l'étude dont je viens d'exposer les principaux points devant vous. Dans ce but, Messieurs, nous vous demandons d'adjoindre au bureau et aux 10 administrateurs de l'année, 12 membres associés qui formeront une commission d'etudes de 30 membres. Pendant le cours de l'année, cette commission étudiera les questions soulevées, et vous soumettra, à l'assemblée générale, les solutions qui paraîtront le plus conformes à vos intérêts et vous déciderez en parfaite connaissance de cause. Nous vous proposons, Messieurs, de nous adjoindre les confrères que je vais vous nommer par rang d'ancienneté sur nos registres, et qui ont déjà participé au fonctionnement de l'association : Ce sont Messieurs De Cours, Rotillon, Laborde, Tripet, Le Pileur, Savornin, Prengrueber, Chevallereau, Langlois, Putel, Roeser, Larcher. Le travail considérable dont je viens de donner quelques aperçus, et qui va servir de base à nos études, est l'œuvre de notre Président qui vient encore de rendre à notre Association un service inappréciable, en lui consacrant six mois d'un travail constant et peu récréatif. Je vous propose, Messieurs, de voter à notre fondateur, M. Gallet-Lagoguey, une adresse de profonde reconnaissance pour les services rendus, qui lui dise en outre les vœux sincères que nous formons tous, pour que, rapidement guéri, il reprenne sa place au milieu de nous.

RAPPORT DU TRÉSORIER.

Avoir au 1er janvier 1892.

A la Caisse des dépots et consignations.	52.416 25	
Intérêts échus pour l'année 1891. . . .	2.081 80	
Espèces entre les mains du trésorier . .	940 45	
Fonds disponibles à la Société Générale.	2.866 95	
		58,305 45

Recettes de l'année 1892.

Droits d'entrée.	760 »	
Amendes.	305 »	
Cotisations :		
1° des membres participants	27.075 »	
2° des membres honoraires.	270 »	
Intérêts du compte de la Société générale.	18 40	
Intérêts des capitaux placés pour l'année 1891	1.516 25	
	29.944 65	88,250 10

EMPLOI DES FONDS.

Indemnités.

Indemnités payées pour 600 jours de maladie.		6.070 »	
Frais de gestion.			
Recouvrement des cotisations .	381 75		
Imprimés, comptes rendus, quittances, bulletins de vote, affranchissements, etc. . . .	300 10	1.021 85	
Frais d'Assemblée générale. .	40 »		
Appointements du comptable .	300 »		
			7.091 85
Fonds placés et disponibles.			
Fonds placés à la Caisse des dépôts et consignations :			
Années antérieures.		54.498 05	
Année 1892.		25.916 25	80.414 30
Fonds en compte à la Société générale .		105 80	
Fonds disponibles entre les mains du trésorier		638 15	
			88.250 10

Avoir de l'Association au 31 *décembre* 1892.

Caisse des dépôts et consignations	80.414 30
Espèces entre les mains du trésorier.	638 15
Fonds disponibles à la Société générale.	105 80
	81.158 25

Nous ferons remarquer que les intérêts de l'année 1892 ne sont pas compris dans ce bilan.

Sur la furie opératoire.

Opinion des chirurgiens français.

Voici les interwiews dont nous avons parlé dans notre dernier numéro et les noms des chirurgiens qui ont été consultés par le *New-York Herald* (1).

I[re] *Catégorie :* IL Y A ABUS FLAGRANT.

M. le P[r] Léon LE FORT :

« *La furia operativa* du jour est beaucoup plus répandue dans les autres pays qu'en France ; mais, cependant, vous verrez dans mes diverses publications que j'ai protesté contre de toutes mes forces. Je ne suis pas opposé à une opération quelconque simplement parce qu'elle est nouvelle, ou parce qu'elle est dangereuse. Si les indications d'opérer sont claires, le danger est une chose secondaire. Mais je suis opposé à l'habitude, qui s'est élevée parmi nos jeunes praticiens désireux de se pousser devant le public, de rechercher quelque opération pratiquée à l'étranger, mais inconnue en France, et, alors, de se mettre à la recherche d'une victime, sur laquelle ils puissent essayer l'opération, dans le but, si elle réussit, de présenter un rapport et le malade lui-même à quelque société savante. D'autres s'adonnent à une seule opération, comme la guérison radicale des hernies ou l'hystérectomie *per vias naturales* et la répètent sur cent ou deux cents malades, et obtiennent ainsi une certaine réputation.

« Les causes de cet abus d'opérations sont nombreuses. Dans quelques cas, c'est le désir de faire parvenir son nom aux oreilles du monde. Dans d'autres, je regrette de le dire, c'est une simple question d'argent. Plus on fait d'opérations, plus on a d'honoraires : c'est tellement vrai qu'un de mes amis et collègues prétend que cette classe de praticiens a changé le vieil adage « Le temps, c'est de l'argent » en « Les opérations sont de l'argent. » Quelques médecins ont un arrangement avec un chirurgien, par lequel ce dernier leur donne tant pour cent sur chaque opération qu'ils lui procurent. Ce tant du cent est plus élevé avec un chirurgien qu'avec un autre ; si bien que les praticiens de cette estimable classe vont à la recherche de patients à jeter à ces opérateurs, et choisissent l'opérateur suivant son tant du cent, sans égards pour ses mérites. Cet aimable procédé a été nommé « dichotomie » et est un trait caractéristique du Paris médical d'aujourd'hui.

« Puis, il y a, comme de juste, la confiance absolue et inébranlable qu'ont presque tous les chirurgiens dans les précautions antiseptiques. Ils ne donnent aucune attention à la condition générale du malade, aux diverses diathèses ou aux influences spéciales, morales ou physiques, mais pensent que, tant qu'ils se protègent eux-mêmes contre les germes, ils peuvent sans danger ouvrir l'abdomen, le crâne, etc. Quelques fanatiques pensent, quand un malade meurt que c'est parce qu'eux, les chirurgiens, ont négligé quelques détails dans leurs précautions. Les opérations ne peuvent pas tuer par elles-mêmes et le chirurgien est responsable de la mort. D'autres raisons encore, c'est que les chirurgiens et les malades sont tentés par la possibilité de guérir en quelques jours un mal qui céderait à des semaines ou à des mois de traitement médical. Le patient, ignorant le risque de l'opération, fatigué peut-être de longues souffrances, ne voit que la perspective d'un soulagement rapide et laisse la question tout entière au chirurgien qui, lui, n'a pas besoin qu'on le sollicite. »

M. le Professeur honoraire A. VERNEUIL :

« C'est un grand plaisir pour moi, je vous assure, de vous envoyer cette réponse détaillée aux questions sur lesquelles vous avez bien voulu me demander mon opinion, et de vous dire combien j'approuve entièrement la réaction opportune qui a eu lieu aux Etats-Unis contre l'abus des opérations en général et des opérations gynécologiques en particulier. Pendant plusieurs années, j'ai protesté incessamment et de toute mon énergie contre le « prurigo secandi » ou espèce de délire opératoire, dont tant de praticiens de nos jours sont affectés. Mes idées sur ce sujet sont attestées par mes publications, mes cours et mes communications aux différentes sociétés savantes ; mais elles sont développées très catégoriquement dans un certain « Discours de Grenoble », que j'ai fait en août 1885, comme président de l'Association française pour l'avancement des sciences. Ce discours a soulevé une clameur générale parmi les apôtres, petits et grands, du scalpel, et a attiré sur moi des malédictions, des insultes et des accusations que j'ai supportées cependant en silence, sentant que j'avais simplement fait mon devoir. Ce discours, avec commentaires, se trouve au commencement du quatrième volume de mon « Mémoire de Chirurgie. » Puisque, cependant, le désordre auquel je faisais allusion continuait à s'étendre et à se généraliser, je me décourageai et j'abandonnai presque toute idée de résistance ; aussi, vous jugerez de ma joie en apprenant que l'heure est maintenant venue de la réaction vers le bon sens pratique, la moralité professionnelle, la sollicitude et le respect pour le malade : en un mot, vers la sage, glorieuse et humaine chirurgie conservatrice, de laquelle vous me faites le grand honneur de me considérer commo le chef en France. Mais, laissez-moi répondre à vos questions : 1° N'est-il pas vrai que sous le couvert d'anesthésiques et d'antiseptiques un certain nombre de patients sont opérés, qui auraient pu guérir d'eux-mêmes, ou par des moyens thérapeutiques? Très certainement. Les antiseptiques surtout, en dépit de leur grande valeur, sont responsables tous les jours d'opérations inutiles et stériles. 2° L'invasion de la chirurgie dans le domaine de maladies, qui étaient autrefois d'ordre médical, n'est-elle pas un fait regrettable à certains points de vue ? Très certainement. Dans beaucoup de cas, une opération radicale abrège la vie, et, quoique, dans des cas moins malheureux, elle ne soit pas aussi fatale qu'autrefois, elle ne guérit pas beaucoup mieux la maladie. 3° Le beau sexe ne pourrait-il pas protester légitimement contre le traitement qu'il a reçu des mains de chirurgiens opérateurs ? Très certainement. Sous ce rapport, toute limite a été dépassée, et je n'hésite pas à dire qu'une moitié au moins des opérations gynécologiques actuelles ne sont ni urgentes, ni nécessaires, ni profitables, même quand elles ne sont pas suivies d'un état pire, ni par des échecs complets, qui sont étouffés ou auxquels les patients se résignent beaucoup trop philosophiquement. 4° Les chirurgiens n'oublient-ils pas leur éducation médicale, et, sans prendre la peine de faire un diagnostic exact, n'en viennent-ils pas finalement à ne songer qu'au traitement par les opérations ? Très certainement. Un grand nombre d'entre eux commettent cette erreur et ne le regrettent même pas, oubliant que la pathologie est une et indivisible, que sans diagnostic le traitement est une simple affaire de chance, et que le recours au scalpel n'est que la preuve, soit de l'importance de notre art, soit de l'ignorance

(1) Nous avons, à dessein, traduit littéralement le texte anglais pour laisser à ces interwiews.... toute leur saveur. (M. B.)

de l'opérateur. En tout cas, laissez-moi féliciter de tout mon cœur les Américains d'avoir courageusement ouvert cette campagne. »

M. le Pr S. Duplay :

« Vous avez appris, je présume, que je suis complètement opposé à l'abus des opérations. En France, nous n'avons jamais souffert des excès qu'on relate de l'Amérique et qui ne sont, après tout, même pas aussi forts que les excentricités dont on entend parler en Allemagne ; mais, encore, nous en avons assez. Il y a quinze ans, toute la chirurgie réelle de France était faite par les hommes compétents des quatre ou cinq centres médicaux : Paris, Lyon, Bordeaux, Marseille et Montpellier. Le reste des praticiens ne faisaient que les opérations urgentes, quand la vie du patient était en danger immédiat. Plusieurs d'entre eux s'essayèrent la main dans d'autres opérations; mais comme ils perdirent leurs malades de temps à autre, ils abandonnèrent bientôt l'expérience.

« Quelle est la situation maintenant ? Il n'y a pas une ville de quelque importance qui ne contienne un ou deux chirurgiens. L'étendue du changement peut être mieux saisie par ce fait, qu'un journal médical a été récemment fondé, qui s'adonne exclusivement à la chirurgie en province (1). Quand il parut, je parcourus le premier numéro et n'y trouvai que « laparotomies, chirurgie du foie et de la vésicule biliaire, gastro-entérostomies, etc. »; parmi ces opérations, il y en avait que je n'avais eu que deux ou trois fois l'occasion de faire, en vingt-cinq ans de pratique, à la tête d'une salle de grand hôpital à Paris ! Ceci est, je pense, très mauvais, et nos chirurgiens sont partis dans une direction malheureuse. La cause en est dans ce sentiment de sécurité absolue venant des précautions antiseptiques. Le moindre apprenti pense que, simplement, parce qu'il est assez sûr que son patient ne mourra pas de l'opération, il peut essayer n'importe quelle expérience ou pratiquer n'importe quelle opération, quelque difficile qu'elle soit.

La chirurgie clinique, la gloire de notre pays, dans laquelle je crois pouvoir dire que nous avons occupé le premier rang, se perd rapidement. Nos jeunes chirurgiens deviennent de simples artisans, qui font leur diagnostic pendant les opérations, ce qui revient à faire des autopsies sur les corps vivants. L'étude patiente du malade, des conditions locales et générales, l'étiologie, les antécédents, la discussion des indications et des contre-indications, les chances de succès ou d'échec et le pronostic ultime sont de plus en plus négligés.

Il y a quelques années, cette classe de chirurgiens ne renfermait que quelques membres ; mais, ceux-là ont formé des prosélytes, qui en font à leur tour. Le mal se repand comme une tache d'huile; et c'est avec un réel sentiment de tristesse que je contemple l'avenir de notre profession. »

M. le Pr Tillaux :

« Je pense que dans ces dernières années, la chirurgie s'est portée peu à peu dans une mauvaise direction et qu'en réalité, nous rétrogradons vers l'état de choses qui existait dans l'ancien temps, quand les barbiers avaient le monopole des opérations. Nous devenons de plus en plus de simples opérateurs, tandis que, de fait, les opérations ne sont que la partie thérapeutique de la chirurgie. On ne pense qu'à opérer ; le diagnostic et le pronostic sont laissés de côté. Si cela continue, il arrivera un moment où les médecins diagnostiqueront une maladie et nous feront dire de venir tel jour avec nos instruments pour faire l'opération.

« Je prétends qu'un chirurgien, de nos jours, est un homme de science, pas un simple opérateur ; et que la tendance actuelle est dangereuse. Songez qu'il y a un siècle seulement, Desault, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, n'avait pas le droit de faire une opération sans la présence d'un médecin. Voilà ce qui est en réserve pour nous autres chirurgiens, à moins que nous ne réagissions contre les habitudes actuelles. Il est si facile de dire, en cas de souffrance dans l'abdomen, qu'il est inutile de prendre le temps et la peine de faire un diagnostic : « Ouvrons la cavité et regardons ». Même les meilleurs chirurgiens, mes collègues dans les hôpitaux, me semblent opérer trop facilement. Laissez-moi vous donner un exemple. Une jeune femme vint me voir récemment ; elle était mariée depuis six mois et me dit qu'un chirurgien de Paris voulait lui enlever l'utérus. Je l'examinai et trouvai qu'elle n'avait rien qu'une simple métrite. Ces malheureuses femmes ont été de tout temps victimes de notre profession. Autrefois, elles subissaient une variété de formes de traitements locaux, la plupart cependant, comparativement inoffensifs; tandis que maintenant, c'est une autre affaire, et le traitement qui leur est proposé est loin d'être anodin. Comment peuvent-elles se défendre? Elles ne peuvent pas vérifier le diagnostic, et, par là même, aussitôt qu'un chirurgien les informe qu'elles ont telle ou telle chose, avec leur imagination active, elles grossissent le mal à tel point qu'elles ne demandent pas mieux que de se soumettre à n'importe quel traitement. Je n'opère jamais pour le simple symptôme de douleur, ni pour la névrose; mais j'exige toujours une lésion bien définie avant de considérer si l'opération est à conseiller ou non. Nos vieux maîtres, Nélaton, Gosselin, Velpeau étaient des chirurgiens, j'espère ; et, cependant, ils agissaient très différemment des hommes de nos jours.

(A suivre).

(1) Il s'agit ici des *Archives provinciales de Chirurgie* (N. d. l. R.). — Nous remercions sincèrement M. le Pr Duplay d'avoir bien voulu faire profiter les *Archives provinciales de Chirurgie* de la grande publicité du *New-York Herald*. (M. B.).

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 6. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Sébileau, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Dejerine, Letulle.

Mardi 7. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Le Fort, Schwartz, Albarran. — (2e *série*) : MM. Guyon, Panas, Quénu.

Mercredi 8. — Dissection : MM. Farabeuf, Jalaguier, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Lejars.

Jeudi 9. — Médecine opréatoire : MM. Le Dentu, Brun, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Gilbert.

Vendredi 10. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Pouchet, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Tillaux, Terrier, Tuffier. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. Beaudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 11. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Charrin, Roger. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Hôtel-Dieu : MM. Laboulbène, Ballet, Ménétrier. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouchem., rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 8. — M. Lauzeral. De l'action de quelques médicaments sur la tension artérielle. — M. Leterrier. Du phlegmon subligual, dit angine de Ludwig.

Jeudi 9. — M. Grandon. Etude clinique sur les relations de l'atrophie musculaire de l'adulte avec la paralysie infantile. — M. Colin. Nycose leptorixique pharyngée. — M. Pannetier. De l'albuminurie chez les syphilitiques. — Etude clinique et diagnostic.

Enseignement médical libre.

Technique bactériologique. — M. le Dr Latteux, ancien chef du laboratoire de la Charité, a recommencé son cours de technique bactériologique et de microbiologie, le 1er mars, à 2 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, nº 5. Ce cours, essentiellement pratique, comprend toutes les manipulations exigées journellement dans la recherche des principaux microbes. Les élèves sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. On s'inscrit, 17, rue du Louvre, chez le Dr Latteux, de 1 heure à 2 heures.

Hydrologie. — Des conférences publiques et gratuites sur le *traitement hydro-minéral dans les affections du pharynx, du larynx du nez et des oreilles* auront lieu à la clinique du Dr Castex, 52, rue Jacob, les mardis de 5 heures à 6 heures, à partir du mardi 7 mars. — 7 mars, Challes : M. le Dr Boyer; 14 mars, Cauterets : M. le Dr Sénac-Lagrange ; 21 mars, Mont-Dore : M. le Dr Schlemmer ; 28 mars, La Bourboule : M. le Dr Heultz, etc. — Les sujets des autres conférences seront ultérieurement fixés.

Service de santé de la marine et des colonies. — Les listes d'embarquement et de départ pour les colonies des officiers du corps de santé de la marine comprennent : M. le médecin principal Vaysse, du corps de santé des colonies, qui est désigné pour servir à Mayotte.

NÉCROLOGIE.

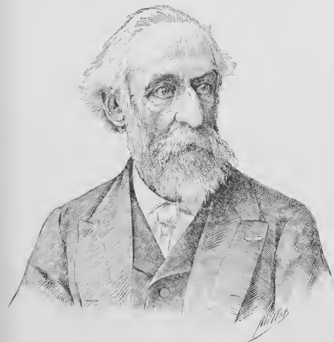
Benjamin BALL.

M. le Pr BALL est mort, le jeudi 23 février, des suites de la longue et douloureuse maladie qui le tenait éloigné de son enseignement depuis plus d'une année.

M. Ball (Benjamin) est né à Naples, le 20 avril 1833. Il a fait ses études médicales à la Faculté de Paris, a été nommé interne des hôpitaux en 1855 et reçu docteur en médecine en 1862. Sa thèse avait pour titre: *Des embolies pulmonaires*.

Il a été nommé médecin des hôpitaux le 12 août 1870, agrégé de la Faculté en 1866 (*Du rhumatisme viscéral*), et membre de l'Académie de médecine en 1883.

Après avoir fait, pendant 2 ans (1875-76), le cours complémentaire de maladies mentales, il fut nommé, le 18 avril 1877, à la chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, qui venait d'être créée à la Faculté de médecine de Paris. Le titre donné à cette chaire était ambigu, puisqu'elle comprenait, d'une part, les maladies mentales et, en même temps, non pas les maladies nerveuses mais les maladies de l'encéphale. S'appuyant sans doute sur cette ambiguïté, M. Ball chercha à se tailler un service à la Salpêtrière au détriment de deux de ses maîtres. Dans ce but, il sollicita de M. de Fourtou, ministre de l'Intérieur durant l'Ordre moral, des instructions impératives pour l'organisation de ce service, d'un amphithéâtre et d'un laboratoire. Ces instructions étaient datées du 9 octobre et intimaient l'ordre que toutes les installations fussent terminées pour la fin du même mois. Les médecins de la Salpêtrière protestèrent énergiquement contre la mesure projetée qui leur enlevait une partie de leurs services. Une polémique très vive s'ensuivit dans la presse médicale, à laquelle le *Progrès médical* prit une part active (1), en démontrant que la vraie place de la nouvelle chaire était à l'asile Sainte-Anne qui, lors de sa création, avait été destinée à l'enseignement et devait porter le nom d'*Asile clinique* (2).



Benjamin BALL.

Les médecins de la Salpêtrière eurent gain de cause. M. Ball proposa alors d'installer sa chaire de clinique mentale à l'hôpital Saint-Antoine, dont il était médecin. Sa proposition n'eut aucun succès au Ministère de l'Instruction publique. Il chercha alors à obtenir le Bureau d'admission de l'Asile Sainte-Anne. La raison finit par l'emporter et M. Ball prit possession d'une partie des deux bâtiments nouveaux qui venaient d'être érigés dans cet établissement. Ce fut seulement le 16 novembre 1879 que M. Ball fit sa première leçon (1), c'est-à-dire plus de deux ans et demi après sa nomination.

(1) Voir *Progrès médical*, 1877, p. 765, 782, 794, 845, 866, 897. — 1878, p. 898, 927, 939, 950, 989.

(2) Nous avons fait prévaloir ce nom qui, aujourd'hui, remplace officiellement celui de Sainte-Anne.

M. Ball était un conférencier très agréable ; il avait l'élocution facile et élégante. C'était également un écrivain de talent. Malheureusement, ainsi que nous l'avons fait remarquer autrefois, il avait gardé le souvenir des difficultés qu'il avait créées lui-même pour arriver à prendre possession de sa chaire et, dans son enseignement, contrairement à l'obligation qu'a tout auteur ou professeur « de tenir compte — c'est lui-même qui parle — des progrès incessants de la science », il évitait de citer les travaux de ceux qui avaient protesté contre ses prétentions ou qui n'avaient pas craint de dire toute la vérité. Tel n'est pas, à notre avis, le devoir d'un homme qui a l'honneur de professer dans une chaire de la Faculté de Médecine de Paris. Ces vérités, nous les avons dites du vivant de M. Ball ; nous avons cru utile de les rappeler. Puissent-elles servir d'enseignement !

Voici la liste des principaux travaux de M. le Pr Ball :

Leçons sur les maladies mentales, 1883 ; 2e édition en 1890 ; — *La morphinomanie*, 1888 ; — *La Folie érotique*, 1887 ; — *La claustrophobie* (*Annales médico-psychologiques*, 1879) ; — *La médecine mentale à travers les siècles*, 1879 ; — *Ischémie cérébrale fonctionnelle* (*Encéphale*, 25 mars 1881) ; — *Impulsions intellectuelles* (*Ibid.*) ; — *Phtisie et folie* (*Ibid.*, 25 juin 1881) ; — *Torpeur cérébrale* (*Ibid.*, 25 septembre 1881) ; — *La stigmatisée de S...* (*Ibid.*) ; — *L'insanité dans la paralysie agitante* (Congrès de Londres, 1881 (*en anglais*) et *Ibid.*, 1882) ; — *Le crétin des Batignolles* (*Ibid.*, 1883) ; — *La folie du doute* (*Ibid.*, 1882) ; — *La dipsomanie* (*Ibid.*, 1882) ; — *Hallucinations de l'ouïe consécutives à une inflammation de l'oreille moyenne* (*Ibid.*, 1882) ; — *L'aliéné devant la Société* (*Ibid.*, 1881) ; — *Les frontières de la folie* (*Ibid.*, 1883) ; — *Les familles des aliénés* (*Ibid.*, 1883) ; — *La folie gémellaire* (*Ibid*, 1884) ; — *La folie à deux* (*Ibid.*, 1884) ; — *Epilepsie avec conscience* (*Ibid.*, 1884) ; — *La folie consécutive au choléra* (*Ibid.*, 1885) ; — *La responsabilité partielle des aliénés* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1886, et *Encéphale*) ; — *Folie de la puberté ou hebéphrénie* (*Encéphale*, 1884) ; — *Hérédité dans la paralysie générale* (Congrès de Copenhague, 1884) ; — *De la responsabilité partielle des aliénés*, 1886 ; — Articles publiés dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* : *Délire* (en collaboration avec M. RITTI) ; *Délire aigu*, *Démence*, *Delirium tremens*, *Mélanémie*, *Somnambulisme*, *Délire des persécutions* (en collaboration avec M. CHAMBARD) ; — *Leçons professées à la Clinique des maladies mentales* ; — *Erythème symptomatique des tumeurs cérébrales* (*Encéphale*, 1881) ; — *Mal perforant du pied dans l'ataxie locomotrice* (Congrès de Londres 1881, *en anglais*) ; — *Tumeurs et abcès du cerveau*, en collaboration avec le Dr KRISHABER (*Dict. encyc. des sc. méd.*) ; — *Argent, emploi médical*, avec M. le Pr CHARCOT (*Ibid.*) ; — *Maladie bronzée* (*Ibid.*) ; — *Maladies de l'aorte* (*Ibid.*) ; — *Sclérodermie* (*Ibid.*) ; — *Angor pectoris* (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1887) ; — *Considérations sur le traitement de la morphinomanie*, en collaboration avec O. JENNINGS (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1887) ; — *Des arthropathies liées à l'ataxie locomotrice progressive* (1868-69) (2) ; — *De la législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements publics et privés* (avec M. Rouillard), 1889 ; — De 1882 à 1889, M. Ball a publié (avec M. Luys) un recueil intitulé l'*Encéphale*, etc. Il a également fait paraître les *Leçons* de M. Charcot *sur les maladies des vieillards* (1866). B.

(1) Voir *Progrès médical*, 1879, p. 220.

(2) Ce travail a été fait en partie avec des observations recueillies par nous, à la Salpêtrière, dans le service de notre maître commun, M. Charcot.

HOPITAUX DE PARIS. — Au 30 septembre 1892, le nombre des malades en traitement dans les hôpitaux, depuis plus de 3 mois, était de 108. 7 ont été renvoyés, 1 est décédé, 2 ont été transférés à Laënnec, 24 ont été conservés sur la demande des chefs de service, les autres ont dû être maintenus. En 1892, il y a eu 3,804 malades de la province soignés dans les hopitaux de Paris, sans aucun paiement; 496 seulement ont payé ; 10,925 ont donné de fausses adresses.

FORMULES

XIV. — Pharmacologie de l'émétique.

(Tartre stibié).

Posologie : 0 gr. 03 à 0 gr. 20, *vomitif*, dans une petite quantité d'eau.

Posologie : 0 gr. 05 à 0 gr. 10, *purgatif*, dans une grande quantité de véhicule (un litre).

Posologie : 0 gr. 40 à 0 gr. 25, *contro-stimulant.*

Bouillon émélo-cathartique.

Emétique	0 gr. 05 à 0 gr. 10 centigr.
Sulfate de soude	20 gr. » à 30 gr. »
Bouillon aux herbes	Un litre.

Par petites tasses, toutes les heures.

Julep contro-stimulant.

(Laennec).

Emétique	0 gr. 30 centigr.
Infusé de feuilles d'oranger	150 gr. »
Sirop de gomme	40 gr. »

Par cuillerées, tous les quarts d'heure.

Lavement purgatif.

Feuilles de séné	15 gr. »
Sulfate de soude	20 gr. »
Emétique	0 gr. 20 centigr.

Eau Q. S. pour obtenir un demi-litre de culture.

Médecine de Napoléon (Corvisart).

Crème de tartre soluble	30 gr. »
Emétique	0 gr. 025 milligr.
Sucre	60 gr. »
Eau	1.000 gr. »

A prendre par verres.

Potion contre la bronchite.

Emétique	0 gr. 05 centigr.
Extrait de jusquiame	0 gr. 10 centigr.
Sel ammoniac	5 gr. »
Sirop de capillaire	50 gr. »
Eau	150 gr. »

Par cuillerées.

Potion contre la pneumonie.

Emétique	0 gr. 10 centigr.
Oxymal scillitique	10 gr. »
Sirop de Desemartz	30 gr. »
Infusé de Polygala	150 gr. »

Par cuillerées.

Potion vomitique.

Emétique	0 gr. 10 centigr.
Alcoolat de menthe	5 gr. »
Sirop d'ipécacuanha	50 gr. »
Eau	100 gr. »

A prendre en trois fois, à dix minutes d'intervalle.

Sel de Guindre.

(Cadet).

Sulfate de soude effleuri	25 gr. »
Nitrate de potasse	0 gr. 50 centigr.
Emétique	0 gr. 025 milligr.

En une fois, le matin, à jeun.

Poudre vomitive.

Poudre d'ipécacuanha	1 gr. 50 centigr.
Emetique	0 gr. 05 à 0 gr. 10 centigr.

Mêlez et divisez en trois paquets : un toutes les dix minutes.

P. Yvon.

XV. — Camphre monobromé.

Le bromure de camphre cristallisé en prismes incolores de 0m,03 cent. de longueur, inaltérables à l'air, d'une odeur à la fois camphrée et térébenthinée, d'une saveur légèrement amère, insolubles dans l'eau, peu solubles dans la glycérine, très solubles dans l'alcool, les huiles fixes et les volatiles, l'éther, le sulfure de carbone, le chloroforme.

Thérapeutique. — Ce corps abaisse la température et possède des propriétés hypnotiques.

Doses et pharmacologie. — On le prescrit généralement sous forme de dragées renfermant chacune 10 centigr. de médicament, 2 à 12 dragées par jour (ou de *capsules* renfermant 20 cent.).

Injection hypodermique :

Camphre monobromé	3 gr.
Alcool	35 gr.
Glycérine	22 gr.

30 à 40 gouttes en injections (tétanos, épilepsie). (*Formulaire des Nouveaux remèdes*, 1892, p. 41).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 19 févr. 1893 au samedi 25 févr. 1893, les naissances ont été au nombre de 1198 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 442; illégitimes, 178 Total, 620 — *Sexe féminin :* légitimes, 421 ; illégitimes, 157. Total, 578.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 févr. 1893 au samedi 25 févr. 1893, les décès ont été au nombre de 1015 savoir : 516 hommes et 499 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 6, T. 11. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 3, F. 6, T. 9. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 5, F. 9, T. 14. — Diphtérie, Croup : M. 14, F. 11, T. 25. — Affections cholériformes : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 123, F. 72, T. 195. — Méningites tuberculeuses : M. 7, F. 11, T. 18. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 4, T. 16. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 9, T. 9. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 33, T. 49. — Méningite simple : M. 13, F. 10, T. 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 19, F. 33, T. 52. — Paralysie, M. 4, F. 4, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 8, T. 14. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 46, T. 71. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 18, T. 30. — Bronchite chronique, M. 14, F. 11, T. 25. — Broncho-Pneumonie : M. 20, F. 22, T. 42. — Pneumonie : M. 34, F. 28, T. 61. — Autres affections de l'appareil respiratoire ; M. 19, F. 15, T. 34. — Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 13, T. 28. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 2, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congenitale : M. 23, F. 15, T. 38. — Sénilité : M. 6, F. 23, T. 29. — Suicides : M. 15, F. 3, T. 18. — Autres morts violentes : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres causes de mort : M. 86, F. 73, T. 159. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 5, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 88, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 31, illégitimes, 15. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 28, illégitimes, 14. Total : 42.

Faculté de médecine de Paris. — M. Bar, agrégé près de la Faculté de médecine de Paris, est chargé en 1893 d'un cours de clinique d'accouchement pour les élèves sages-femmes à la dite Faculté. M. Appert (René-Marius), docteur en médecine, est nommé du 1er février au 30 octobre 1893, chef des travaux d'anatomie pathologique du laboratoire de clinique médicale (hôpital Necker) à la Faculté de medecine de Paris, en remplacement de M. Marsan, appelé à d'autres fonctions.

Conférences de Physiologie. — M. Gley, agrégé, commencera ces conférences le samedi 4 mars 1893, à 4 heures (Amphithéatre de l'Ecole pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Bove (Frédéric-Hippolyte-Jean), chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, est institué pour 3 ans chef de clinique des maladies mentales à la dite Faculté, en remplacement de M. Lafon, dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Soulié est prorogé pour 2 ans, à dater du 17 juillet 1893, dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Deshayes est prorogé pour 2 ans, à dater du 1er novembre 1893, dans les fonctions de chef de travaux anatomiques à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

Hopitaux de Paris. — *Concours pour deux places de médecins du Bureau central.* — Question posée à l'épreuve écrite : *Des méningites cérébrales aigues non tuberculeuses : diagnostics clinique, anatomique et bactériologique.*

Questions restées dans l'urne : *Rate dans les maladies infectieuses. — Anat. path., pathogénie et résumé clinique du paludisme aigu.*

Candidats. — Les candidats inscrits pour le concours aux trois places de médecin du bureau central sont au nombre de 72. Ce sont, par ordre alphabétique : MM. Achard, Barbier, Baudouin (Georges), Beclère, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Boulloche, Bruhl; Capitan, Caussade, Cayla, Charrier, Coffin, Courtois-Suffit; Dalché, Darier, Deschamps, Despréaux, Dubief, Duplaix, Duflocq, Dupré; Enriquez; Florand; Gallois, Gaumes, de Gennes, Gilles de la Tourette, Gillet, Gireaudeau, Girode, de Grandmaison, Guinon (Georges), Guinon (Louis); Hudelo; Jacquet, Jeanselme; Klippel; Laffitte, Lannois, Lebreton, Legriey, Le Noir, Lesage, Letienne, Lion, Luzet, Lyon; Martin de Gimard, Menétrier, Méry, Morel-Lavallée, Mosny; Parmentier, Pignol, Polguère, Queyrat; Raymond, Ribail; Sallard, Souques, Springer; Thoinot, Tissier, Toupet; Vaquez, Vignalon; Weber, Widal et Wurtz.

Ecole du service de santé de Lyon. — Par décision ministérielle en date du 20 février 1893, le nombre des élèves à admettre à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, à la suite de concours qui s'ouvrira le 21 juillet prochain, est fixé à 60.

Appareils de transport pour blessés. — Le roi et la reine d'Italie offrent un prix de 10.000 francs pour le meilleur appareil de transport des blessés. Envoyer les modèles au quart d'exécution grandeur naturelle, au moins, à M. L. delli Sonaglia, Société de la Croix-Rouge, à Rome, avant le 30 juin 1893.

Banquet Dujardin-Beaumetz. — Le banquet offert à M. le Dr Dujardin-Beaumetz, par ses élèves et ses amis, à l'occasion de sa promotion dans la Légion d'honneur, aura lieu le lundi 13 mars, à l'hôtel Continental. Les cotisations et adhésions sont reçues chez M. O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Conférences d'Internat des Asiles. — MM. Boissier, Lachaud et Le Filliatre, internes des asiles, commenceront le mercredi 1er mars, à 4 heures de l'après-midi, à l'Asile clinique (Sainte-Anne), des conférences pour l'internat des asiles (amphithéâtre de M. le Dr Magnan).

Congrès de Chirurgie allemand. — Ce Congrès tiendra sa 22e session annuelle à Berlin du 12 au 15 avril, sous la présidence du Pr Kœnig. Une des communications les plus importantes sera le rapport du Pr Gurlt sur les effets de l'anesthésie chloroformique.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Sont nommés pour l'année 1893 : Vice-président du Conseil supérieur, M. Berthelot, membre du Conseil; Secrétaire, M. Liard, membre du Conseil.

Centenaires. — Il vient de mourir, au dépôt de mendicité de Périgueux, un vieillard du nom de Rebeyrol, né au mois de mars 1789 qui, malgré ses cent quatre ans, avait la plénitude de ses facultés intellectuelles et n'était atteint d'aucune infirmité. — Une autre centenaire vient de mourir à Tarascon, Mme Catherine Gabach avait reçu le baptême le 6 janvier 1793, sous un arbre de la Liberté. Elle épousa en 1811 Casimir Lacaussade, le félibre bien connu, auteur d'un *Lutrin*. Elle eut 16 enfants, 10 garçons dont 5 ont fait leur carrière dans l'armée et 6 filles, dont l'une fut pendant trente-trois ans directrice de l'établissement des sourds-muets de Montpellier. La centenaire a conservé jusqu'à sa mort le plein usage de toutes ses facultés (*Radical*, 1893).

Désintéressement. — Les journaux anglais annoncent que Lawson-Tait a refusé le titre de « baronnet » que lui avait offert le gouvernement de son pays.

Epidémie de typhus a Lille. — M. Lagarde, directeur de l'administration pénitentiaire, est arrivé à Lille, et s'est rendu à la maison d'arrêt où une épidémie de typhus s'est déclarée il y a quelques jours. Les bâtiments qui ont été construits pour loger 300 prisonniers au maximum en renferment actuellement environ 500. Il a été décidé que les enfants seraient transférés à la colonie Saint-Bernard, à Loos, que plusieurs des condamnés à des peines légères seraient graciés et que les Belges seraient expulsés immédiatement. L'épidémie paraît, du reste, enrayée, grâce aux mesures énergiques prises par l'administration.

Enseignement populaire supérieur. — *Tableau des cours de l'année* 1892-1893. — Les cours ont lieu à 8 h. 1/2 du soir. (Semestre d'été, à partir du mercredi 22 février). — *Histoire universelle*, par M. Ménard, docteur ès lettres. Mairie du XIe arrondissement, mardi, jeudi, samedi. — *Histoire de Paris*, par M. Monin, docteur ès lettres. Mairie du IXe arrondissement, mercredi et samedi. — *Hygiène sociale*, par le Dr Martin, inspecteur général de l'assainissement. Ce cours comprend : 1° des Leçons, le jeudi soir, par groupes de cinq, dans des mairies désignées par des affiches; 2° des Conférences pratiques, le dimanche matin, à 9 h. 1/2, chaque fois dans un endroit désigné à l'avance. — *Histoire du Travail*, par M. André Réville, agrégé d'histoire. Hôtel de Ville, salle des Prévôts, mardi, jeudi, samedi. — *Histoire des Sciences physiques*, par M. Daniel Berthelot, docteur ès sciences, assistant au Muséum. Hôtel de Ville, salle des Prévôts, lundi, mercredi, vendredi.

Femmes médecins. — Mistress Mary Putnam vient d'être élue présidente de la section neurologique de l'Académie de médecine de New-York. C'est la première fois qu'une femme docteur est appelée, par un vote, à présider une Société savante. Nous ne sommes pas prêts de pouvoir en dire autant de notre Académie.

Hôpital de phtisiques. — L'Assistance publique se propose de créer, à Angicourt (Oise) un hôpital de phtisiques. Cet hôpital, placé sur une hauteur et entouré de bois, contiendra 100 à 200 lits.

Hygiène des casernes. — Le général Saussier a visité le nouveau quartier de cavalerie de Vincennes. La *Revue du Cercle militaire*, en racontant cette visite, fait part d'une amélioration nouvelle qui serait apportée sur la demande du général Saussier. Le gouverneur de Paris, tout en louant les énormes progrès réalisés par la suppression de l'horrible baquet des salles de discipline, qui a été remplacé par de propres et commodes réduits, a estimé qu'il fallait compléter ces mesures hygiéniques par le chauffage des prisons et salles de discipline.

Jardin Zoologique d'Acclimatation. — *Exposition d'animaux de basse-cour.* — La Société nationale d'Acclimatation organise, chaque année, au printemps et à l'automne, des Expositions internationales d'animaux de basse-cour. Le prochain concours est fixé au 22 mars et durera jusqu'au 26 inclusivement ; il aura lieu au Jardin Zoologique d'Acclimatation du Bois de Boulogne, dans le palais d'hiver. Le nombre des récompenses (récompenses en argent) sera proportionnel à la quantité des lots exposés, c'est-à-dire que dans chaque classe, le nombre des prix à décerner augmentera avec le nombre des volailles présentées. Les concours organisés par la Société d'Acclimatation ne constituent pas une entreprise commerciale ; le but en est absolument désintéressé. La Société se propose seulement d'encourager les amateurs et les petits éleveurs en leur procurant le moyen de présenter au public connaisseur leurs sujets améliorés et de les soumettre à l'examen des juges compétents. Les marchands sont également admis à ce concours. Pour se *procurer le programme des prix* et tous les renseignements, s'adresser au *Secrétaire-Adjoint de la Section d'aviculture*, Commissaire général des Expositions au *Jardin Zoologique d'Acclimatation* du Bois de Boulogne (Paris).

Médecins inspecteurs des Ecoles. — Par arrêtés préfectoraux en date du 26 janvier 1893, ayant effet du 1er janvier : M. Quéhen, docteur en médecine, demeurant 15, rue Chevreul, est nommé médecin inspecteur des écoles du XIe arrondissement, 1re circonscription, en remplacement de M. le Dr Cornilleau, qui a renoncé à ses fonctions.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Albert Gaudry, professeur de paléontologie, au Muséum d'histoire naturelle, est nommé assesseur du Directeur de cet établissement pour l'année 1893.

Nominations. — M. le Dr Philbert vient d'être nommé commandeur de l'ordre du Christ de Portugal.

Service de santé de la Marine. — Liste d'embarquement des médecins de 1re classe. — *Brest* : MM. 1. Danguillecourt ; 2. Le Franc ; 3. Reynaud ; 4. Aubry ; 5. Guézennec ; 6. Dubut ; 7. Kergrohen ; 8 Vergos. — *Lorient* : MM. 1. Le Dennat ; 2. Durand ; 3. Bertrand ; 4. Bahier ; 5. Colle ; 6. Nodier ; 7. Thomast 8 Ropert. — *Rochefort* : MM. 1. Chasseriaud ; 2. de Gouyon de Pontouraude ; 3. Dufour ; 4. David ; 5. Chevalier ; 6. Bellot ; 7. Julien-Laferrière ; 8. Mialaret ; 9. Morain ; 10. Gorron ; 11. Touchet ; 12. Palmade ; 13. Lassabatie ; 14. Planté ; 15. Lussaud. — *Toulon* : MM. 1. Castellan ; 2, Buisson ; 3. Cartier ; 4. Durand ; 5. Féraud ; 6. Gauran, 7. Ourse ; 8. de Bonadona ; 9. Amourctti ; 10. Cauvet ; 11. Aubert ; 12. Pons ; 13. Jabin-Dudognon ; 14. Durbec ; 15. Courteaud ; 16. Théron.

Service de santé des Colonies. — Les listes d'embarquement et de départ pour les colonies, des officiers du Corps de Santé de la Marine, ont été ainsi arrêtées : *Médecins en chef* : MM. 1. Roussel ; 2. Mathis ; 3. Duchateau ; 4. Bertrand ; 5. Geoffroy ; 6. Dupont ; 7. Laugier ; 8. de Fornel ; 9. Talairach. — *Médecins principaux* : MM. 1. Miquel ; 2. Maget ; 3. Léo ; 4. Vantalon ; 5. Ortal ; 6. Pascalis ; 7. Drago ; 8. Canoville ; 9. Siciliano ; 10. Ed. Roux ; 11. Riche. — *Médecins de 2e classe* : MM. 1. Castex ; 2. Briend ; 3. Onimus ; 4. Fossard ; 5. Prat-Flottes ; 6. Garnier ; 7. Renault ; 8. Cairon ; 9. Palasne de Champeaux ; 10. Conan ; 11. Vergues ; 12. Doublet ; 13. Bonain ; 14. Chevalier ; 15. Bossuet. — *Médecins des troupes* : MM. les médecins de 1re classe, 1. Tréguier ; 2. Castagné ; 3 Plouzané ;

4. Daliot ; 5. Clavel. — MM. les médecins de 2e classe, 1. Salaun ; 2. Le Marchadour ; 3. Berriat ; 4. Lorin ; 5. Bonnefoy ; 6. Duguet ; 7. de Moutard.

Société protectrice de l'enfance. — L'assemblée générale de la Société aura lieu dans le grand Amphithéâtre de la Sorbonne, rue de la Sorbonne, 15, le dimanche 5 mars 1893, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. le Dr Xavier Gouraud, médecin de l'hôpital Cochin. — *Ordre du jour* : 1° Discours de M. le Dr Xavier Gouraud ; 2° Compte rendu moral et financier, par M. le Dr Blache ; 3° Rapport sur les récompenses décernées aux médecins inspecteurs, par M. le Dr Sanné ; 4° Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. Carlier.

Société médicale du VIIe arrondissement. — Le bureau de la Société médicale du VIIe arrondissement est ainsi composé pour l'année 1893. Président : M. Sottas ; Vice-présidents : MM. Verchère et Hallé ; Secrétaire général : M. Toledano ; Secrétaire des séances : MM. Monnier et Natier ; Trésorier : M. de Crésantignes.

Service de santé militaire en Autriche. — Le ministre de la Guerre d'Autriche-Hongrie vient d'ordonner par une circulaire que, tous les ans, dans chaque compagnie d'infanterie ou de chasseurs, deux hommes et, dans chaque bataillon, un sous-officier recevront l'instruction théorique et pratique nécessaire pour être utilisés par le Service de santé.

Nouveau Journal. — Nous venons de recevoir les numéros 1 et 2 de *La Revue Neurologique*, organe spécial d'analyses, dirigée par MM. Brissaud et Marie ; secrétaire de la rédaction, Dr H. Lamy.

Archives de Neurologie. Revue *des maladies nerveuses et mentales*, publiée sous la direction de J.-M. Charcot. Aux bureaux du *Progrès médical*. Voici l'appréciation de *The Bristol medico-chirurgical journal* (déc. 1892) : « Nous sommes heureux de compter parmi nos échanges cette très remarquable publication dans laquelle paraissent un grand nombre des plus importantes contributions des travailleurs français qui s'occupent de la neurologie. Aucun de ceux qui désirent se tenir au courant des progrès en neurologie ne doit négliger ce journal. »

Un Ministère de l'Hygiène en Angleterre. — Un mouvement d'opinion se produit en ce moment en Angleterre, dans le but de provoquer, au sein du Gouvernement, la création d'un département de l'hygiène publique, avec un ministre responsable.

Un moyen de gagner sa vie. — Je reçois la circulaire ci-dessous : « Monsieur, j'ai l'honneur de vous informer que, par suite des nombreuses relations que j'ai acquises avec le corps médical de nos départements, je puis vous offrir des nourrices, etc. Je vous adresserai en un bon sur la poste pour vos honoraires sur chaque affaire : *Vingt* francs pour chaque nourrice sur lieu ; *Douze* francs pour la nourrice à la campagne. En attendant, etc... » — Et dire que je n'ai pas une nourrice à placer ! Quelle guigne ! (M. B.).

Nécrologie. — M. le Dr Delestrée, de Lannoy (Nord). — M. le Dr Guenebaud, de Collonges (Rhône). — M. le Dr Decaye, de Paris. — M. le Dr Virlet, médecin-major de 1re classe en retraite, mort à Bar-le-Duc, le 20 février 1893, à 64 ans. — M. le Dr Trany Ossipowitsch Kownaski, le plus vieux médecin de la Russie et probablement du monde entier, qui vient de mourir à l'âge de 110 ans. Il avait fait les guerres du premier Empire comme chirurgien. — On annonce d'Astaffort (Lot-et-Garonne), la mort du docteur Gauran, décédé à l'âge de quatre-vingt-douze ans. M. le Dr Gauran fut un sincère républicain. Il avait été impliqué dans le procès des sergents de la Rochelle et échappa, faute de preuves matérielles, à la peine capitale. Il fut emprisonné, le 2 décembre, dans les casemates du fort de Blaye. — M. le Dr Aimé Aubert (de Macon). — M. le Dr Dublette (de Senonges).

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. le Dr Charcot. Leçons le mardi à 9 heures 1/2. — *Maladies nerveuses et mentales.* — MM. Joffroy et Jules Voisin : le jeudi et samedi de chaque semaine à 9 h. 45.

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin. — (*Semestre d'hiver*). vendredi à 9 1/2 : Leçons sur les maladies de l'estomac : Clinique et thérapeutique. Mercredi à 9 h. : Examen des malades nouveaux. Lundi et samedi : Conférence clinique. — (*Semestre d'été*). Vendredi à 9 1/2 : Leçons de chimie pathologique appliquée à la thérapeutique. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Reclus (Amphithéâtre n° 3), le jeudi à 9 heures. Mardi et samedi, leçons cliniques au lit du malade.

Hôpital de Lourcine. — M. le Dr de Beurmann : Affections vénériennes et syphilitiques, le lundi à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux* : M. Dejerine, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. Bourneville, samedi à 9 h.

Hôpital Lariboisière. — M. le Dr F. Raymond : Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le jeudi, à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique chirurgicale* : M. Richelot : leçons cliniques le mercredi, à 9 heures et demie. Les travaux du service sont organisés comme il suit : *Lundi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Mardi* : Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (Salle Denonvilliers). — *Mercredi* : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opération. — *Jeudi* : Opération abdominale (Châlet). — *Vendredi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Samedi* : Opérations abdominales (Châlet). — *Service de M. le Dr* Bar, visite chaque matin à 9 h. ; — lundi et vendredi, à 10 h., leçons théoriques sur la grossesse et l'accouchement, par le Dr Tissier ; — conférences au laboratoire par le Dr Rénon.

Hôpital de la Charité. — M. le Dr P. Budin : leçons de *clinique obstétricale* le jeudi, à 10 heures du matin (Amphithéâtre Velpeau).

Hôpital des Enfants-Malades (149, rue de Sèvres). — *Chirurgie infantile. Orthopédie.* — M. le Dr de Saint-Germain, le jeudi, à 9 heures. — Depuis le 1er février, M. Marfan, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies de l'enfance, fait des leçons à l'hôpital des Enfants-Malades, à quatre heures de l'après-midi, les mardis et samedis.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau : le dimanche, à 9 heures 1/2, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques.

Hôpital du Midi. — M. Humbert : le mardi, à 9 h. 1/2.

Hôpital Lariboisière. — *Clinique laryngoscopique.* — M. le Dr Gouguenheim a repris ses cours, dimanche 26 février, à 10 heures, et les continuera tous les dimanches à la même heure. Examens cliniques les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures du matin.

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchement.* — M. le Dr Bonnaire reprendra son cours théorique d'accouchement le mardi 14 mars, à 5 heures 1/4, et le continuera les jeudis, samedis et jeudis suivants, à la même heure.

Hôpital des Enfants-Assistés. — M. Kirmisson commencera le vendredi 10 mars, à 9 heures, ses leçons de chirurgie orthopédique, et les continuera les lundis et vendredis suivants. Les leçons de cette année seront consacrées aux maladies du rachis.

Les **Archives de Neurologie**, publiées sous la direction de M. le Professeur Charcot, afin de tenir plus rapidement leurs lecteurs au courant des publications relatives à l'aliénation mentale et à la neurologie, paraîtront tous les mois, *à partir du premier mai prochain.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 10. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 MARS 1893.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Sur l'allaitement (1);

par P. BUDIN.

Lorsque le matin, au moment de la visite, nous traversons les salles, deux feuilles, deux tracés placés à la tête de chaque lit attirent notre attention. D'un côté, en effet, se trouve la courbe de la température maternelle, de l'autre, la courbe du poids de l'enfant ; un simple coup d'œil permet ainsi de juger de l'état des deux êtres.

Que se passe-t-il pour le nouveau-né? Il doit s'alimenter et vivre ; de plus, il doit s'accroître et le fait important, capital, c'est cet accroissement qui indique la bonne santé de l'enfant. Il faut donc le constater, et pour cela, peser (2).

Quand on fait usage de la balance, on voit que le nouveau-né commence par baisser de poids pendant deux ou trois jours. Il perd 100, 150, 200 et 300 gr., puis il augmente. Au septième jour, il a regagné son poids initial ; vers le dixième jour, il l'a dépassé d'à peu près 100 grammes.

Certains enfants dont la mère n'a pas de lait diminuent considérablement; il importe donc de surveiller leur alimentation pendant la première semaine, car, si on n'y prend garde, leur affaiblissement s'accentue et la mort peut survenir.

Lorsque les mères n'ont pas assez de lait, il faut leur venir en aide: on doit ajouter un complément à l'allaitement maternel, que ce soit le lait d'une nourrice, du lait d'ânesse ou du lait stérilisé. Vous le savez, nous faisons usage à l'hôpital de lait que nous stérilisons nous-mêmes en le portant à 100° centigrades dans des appareils spéciaux. Ce lait stérilisé est toujours consommé dans les vingt-quatre heures.

Au mois de juillet dernier, nous avons, mon interne M. Chavane et moi, communiqué à l'Académie de médecine les premiers résultats obtenus (3) ; ces résultats je vous les ai rapportés dans une leçon faite ici. Le lait stérilisé est très bien digéré par les enfants; ils augmentent de poids et n'ont pas plus de troubles digestifs qu'avec le lait maternel.

Ce lait, employé avec succès chez les nouveau-nés, que donne-t-il lorsqu'il est administré à des enfants âgés de 3, 4, 6 et 8 mois ? Nous n'avons encore qu'un nombre limité d'observations. Elles nous paraissent cependant suffisamment intéressantes pour que, dès maintenant, nous en rapportions quelques-unes.

Au commencement du mois de juillet 1892, nous avons été appelé dans le centre de la France par un de nos anciens élèves qui croyait sa femme atteinte d'infection puerpérale grave. Nous avons pu le rassurer; l'élévation de température, qui était brusquement survenue, était due à une lymphangite du sein. La mère, qui voulait absolument nourrir, n'avait pas de lait. En attendant qu'on eût trouvé une nourrice, nous conseillâmes d'avoir recours au lait stérilisé. L'enfant née le 23 juin pesait alors 3.000 gr. Le 6 juillet, quand on commença l'usage du lait stérilisé, elle pesait 3.065 grammes.

Au commencement de décembre, le père m'écrivait: « Ma fille a eu 5 mois le 25 novembre, elle pesait à cette époque 8.250 gr., soit 16 livres et demie. De tous les enfants que je vois, c'est la plus forte, la plus fraîche, même parmi ceux élevés au sein. Elle les laisse loin derrière elle.

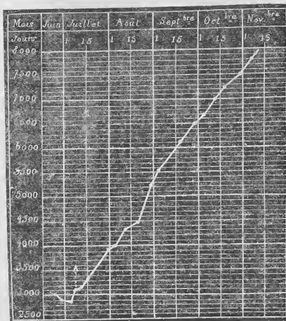


Fig. 12. — Allaitement artificiel.

« Pour le mois de juillet, elle a augmenté de 34 gr. 80 en moyenne par jour (*Fig.* 12). En août, en septembre, en octobre, l'accroissement a été d'à peu près 40 gr. par jour. Le 31 octobre elle pesait 7.673 gr. et le 23 novembre 8.250 gr., ce qui fait, pour cette dernière période, une moyenne journalière de 25 gr. Elle n'a jamais eu une seule diarrhée, un seul vomissement. Nous avons avec ce lait une sécurité absolue. »

Voici un autre fait observé également en province. Après plusieurs grossesses qui s'étaient terminées par la naissance d'enfants morts, on pensa qu'il y avait une affection spécifique et les parents furent soignés en conséquence. Une fille naquit vivante en septembre 1892, elle pesait 3.250 gr. Le second jour, son poids était de 3.490 gr., et le 14e de 3.720 grammes, elle avait donc augmenté de 16 gr. en moyenne par jour. La mère n'avait presque pas de lait. Comme il était survenu une éruption et de petites ulcérations, non caractéristiques il est vrai, je ne voulus point, malgré les supplications du père, prendre la responsabilité de donner une nourrice au sein. Des frictions mercurielles furent faites à l'enfant et il but du lait stérilisé à 100 degrés au bain-marie.

(1) Leçon clinique faite à l'hôpital de la Charité le 15 décembre 1892.

(2) Voyez *Le Progrès médical*, 4 juin 1892. 435-439. Hygiène de l'enfance. Allaitement. — Conférence faite à la Fédération des travailleurs socialistes de France, le 22 avril 1892.

(3) Voyez *Le Progrès médical*, 23 juillet 1892 p. 57 à 62. — *Note sur l'allaitement des nouveau-nés.*

L'enfant le supporta merveilleusement. Le 14 décembre 1892, il pesait 5.240 gr.; il avait en 61 jours augmenté de 1.520 gr., c'est-à-dire de 25 gr. en moyenne par jour (*Fig.* 13).

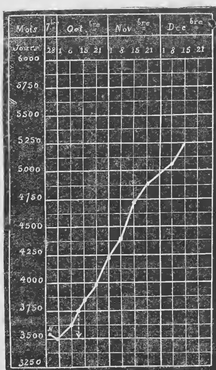


Fig. 13. — Allaitement artificiel.

Les enfants nés avant terme et faibles, les *prématurés* supportent aussi très bien le lait stérilisé.

Je raconterai probablement un jour en détail l'histoire d'un enfant qui, lors de sa naissance, au commencement de juin 1892, pesait 1.790 grammes. Une bonne nourrice lui donna le sein, il vomit et eut de la diarrhée; on lui fit prendre du lait d'ânesse, on n'obtint que le même résultat. On lui donna du lait stérilisé à 100 degrés, les vomissements et la diarrhée cessèrent. Il était tombé à 1.460 grammes, mais grâce aux soins d'une excellente garde, il se mit à augmenter régulièrement. Quand, au bout de quelques jours, on voulut le mettre au sein, il eut des accidents tels qu'on dut revenir au lait de vache stérilisé. Ce n'est qu'en octobre, au bout de 4 mois et avec de grandes précautions, qu'il put supporter le lait d'une nourrice. Aujourd'hui, 15 décembre, il se développe régulièrement et pèse 5.550 grammes.

J'ai vu encore en ville des enfants nourris par leur mère, mais insuffisamment : du lait stérilisé complétait heureusement l'allaitement maternel.

Malgré les succès que peut donner le lait stérilisé, il ne doit pas remplacer le sein. Je vous l'ai déjà dit, rien ne vaut pour l'enfant l'allaitement par sa mère ou par une bonne nourrice.

« Que la stérilisation ait été mal faite, qu'une bouteille débouchée ait été laissée pendant quelque temps en vidange, que le lait de vache soit de mauvaise qualité, etc., des accidents pourront survenir, accidents qui, surtout pendant les chaleurs de l'été, auront, parfois très rapidement, une extrême gravité.

« La moindre erreur, la plus petite négligence permettent aux germes de pénétrer dans le lait qui devient alors dangereux. Lorsque l'enfant, au contraire, prend directement le sein, il n'est pas toujours sûr d'y trouver un lait parfait, mais il y puise tout au moins un lait stérile et qui ne lui donnera pas le choléra infantile. »

Contrairement à l'usage, nous donnons au nouveau-né non pas du lait de vache coupé avec une plus ou moins grande quantité d'eau, mais du *lait pur*.

Presque tous les auteurs conseillent d'ajouter de l'eau au lait de vache pendant les premiers mois : on fait un mélange qui comprend d'abord 3 parties d'eau et 1 de lait, puis 2 parties d'eau et 1 de lait, 1 partie d'eau et 1 de lait et enfin 1 partie d'eau et 2 de lait. On arrive ainsi progressivement au lait pur qui n'est donné tel qu'au cinquième, au sixième mois et même plus tard.

Le lait stérilisé que boivent nos nouveau-nés est pur, on n'y ajoute pas la plus petite quantité d'eau. On dit que la caséine du lait de vache se coagule en formant dans l'estomac de gros caillots qui peuvent être une cause de troubles digestifs. Or, sous l'influence d'une température voisine de 100 degrés, cette caséine paraît subir des modifications qui en facilitent la digestion; elle forme de petits grumeaux au lieu de se prendre en masse. Ce fait expliquerait la digestibilité du lait stérilisé.

Quand nous avons essayé d'y mettre de l'eau, en quantité égale par exemple, nous avons vu en ville et, à l'hôpital sur deux petits jumeaux, que les enfants prenaient une plus grande masse de liquide et qu'ils s'accroissaient moins.

Voici une observation recueillie en 1890 et qui nous a beaucoup frappé. Une petite fille, née le 4 novembre, pesait, le 6, 3.040 grammes. Comme ses parents devaient partir pour l'Angleterre, ils voulurent absolument avoir recours à l'allaitement artificiel; je conseillai le lait d'ânesse pur; en 25 jours, l'enfant augmenta de 1.180 gr. c'est-à-dire de 47 gr. 2 par jour. (*Fig.* 14).

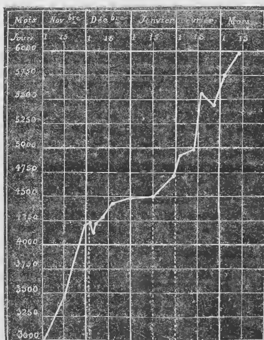


Fig. 14. — Lait d'ânesse pur | Lait de vache 2. Eau. . . . 4. | Lait 3 Eau. 4 | Lait. . 4. Eau. . 4

Survint alors une *nurse* anglaise. A partir du 1[er] décembre, on eut recours au lait de vache coupé : à 2 cuillerées de lait on ajoutait 4 cuillerées d'eau d'orge.

Les digestions de l'enfant parurent très médiocres et

du 1er décembre au 21 janvier elle ne prit que 4 gr. 1 en moyenne par jour.

Du 21 janvier au 4 février la proportion de lait fut plus grande ; pour 4 cuillerées d'eau on mettait 3 cuillerées de lait, l'enfant augmenta de 27 grammes par jour.

Enfin, du 4 février au 1er mars, le mélange fut fait par parties égales et l'enfant s'accrut de 29 gr. 7 par jour.

Cette différence dans l'augmentation qui, de 47 gr. avec le lait d'ânesse pur, est tombée à 4 gr. 1 par jour avec le lait de vache coupé, doit-elle être attribuée exclusivement à ce fait que le lait de vache était bien moins digéré? La composition du liquide qui contenait une très grande quantité d'eau et peu de matières nutritives ne doit-elle pas être aussi incriminée?

Faisons quelques comparaisons. Le lait de femme contiendrait environ par litre : Eau, 871 ; résidu sec, (matières albuminoïdes, caséine, beurre, sucre, sels), 123.

Le lait de vache contiendrait par litre : Eau, 865 ; résidu sec, 135.

Si à un litre de lait de vache on ajoute 2 parties d'eau, on obtient pour un litre de mélange :

$$\text{Eau} : \frac{870 + 2.000}{3} = \frac{2.871}{3} = 957$$

$$\text{Résidu sec} : \frac{135}{3} = 45.$$

Si à un enfant on donne 500 grammes de ce liquide, il prend en réalité $\frac{957}{2} = 478{,}5$ d'eau et $\frac{45}{2} = 22{,}5$ de résidu sec; 500 grammes de lait de femme lui auraient donné au contraire 435, 5 d'eau et 61,5 de résidu sec.

L'eau joue un grand rôle dans l'alimentation, je le veux bien, mais 22,5 par jour de résidu sec, c'est bien peu de chose.

Quand on compare l'augmentation obtenue avec l'allaitement au sein à celle que donne le lait de vache, on voit que : « pendant les quatre premiers mois, l'enfant nourri avec le lait de vache s'accroît moins que l'enfant nourri au sein. On voit aussi qu'en revanche, une fois les organes habitués à ce lait, c'est-à-dire à partir du cinquième mois, le même enfant s'accroît plus que celui qui prend du lait d'une nourrice. » (Tarnier et Chantreuil).

Certes, l'enfant digère moins bien le lait de vache et c'est pourquoi on le coupe, mais la faible augmentation de l'enfant n'est-elle pas due aussi à ce qu'il n'absorbe qu'une très petite quantité de matières nutritives?

Ce qui semblerait le prouver, c'est qu'il augmente beaucoup à partir du cinquième mois, c'est-à-dire à partir du moment où on lui donne du lait pur ou presque pur.

Le lait que nous donnons pur est du lait *stérilisé*. Le lait ordinaire, en effet, s'altère très rapidement au contact de l'air. Des microbes y pénètrent, leur développement est favorisé par la chaleur et ils pullulent dans le liquide qui constitue un excellent bouillon de culture. De là des diarrhées infectieuses et du choléra infantile si souvent observés, surtout l'été, avec le lait de vache qu'on est obligé de conserver pendant un certain temps avant de le donner au nouveau-né. Ainsi s'expliquent la fréquence de ces accidents pendant les grandes chaleurs et leur rareté pendant l'hiver.

Le lait de la mère ou celui d'une nourrice n'offrent pas ces graves inconvénients, car ils passent directement du sein dans la bouche de l'enfant. Ils ne peuvent être infectés par des germes venus de l'extérieur.

Divers procédés ont été conseillés pour obtenir la conservation du lait. Les plus employés sont la pasteurisation et la stérilisation du lait.

Pour pasteuriser le lait, on l'élève rapidement, à l'aide d'appareils spéciaux, à la température de 70 à 75 degrés et on le ramène immédiatement à la température de 12 degrés. On peut faire deux chauffages successifs.

Le lait fourni depuis quelques années aux hôpitaux de Paris est du lait pasteurisé qui se conserve suffisamment pendant les chaleurs de l'été.

Pour la stérilisation, on porte le lait à une température beaucoup plus élevée. On a recours, dans l'industrie, à des procédés divers qui permettent de le chauffer à 102 ou 103 degrés, à 110 ou 115 degrés centigrades.

Nous avons vu à l'étranger et on prépare maintenant en France, en le portant à 102 ou 103 degrés, du lait qui est excellent. Dans la plupart des bouteilles le lait se conserve très bien, mais de temps en temps il s'altère et si ce liquide était alors donné aux enfants il pourrait déterminer chez eux des accidents graves.

Il en est de même du lait stérilisé à 110 ou 115 degrés. Comme les bouteilles sont conservées plus ou moins longtemps, on en rencontre parfois dont le contenu est mauvais. Si on n'a pas la précaution de goûter avant chaque tetée, on peut faire prendre au nouveau-né un liquide dangereux : plusieurs faits de ce genre ont été observés.

Ce qu'il faut pour les enfants, c'est que le lait qui vient d'être stérilisé soit consommé dans les vingt-quatre heures; de la sorte, on évite certainement les accidents. Il est donc nécessaire que les familles puissent elles-mêmes faire la stérilisation.

Escherich a imaginé une marmite dont le couvercle présente un tube que l'on bouche avec de l'ouate. A la partie inférieure se trouve un robinet qui permet de tirer le liquide contenu. L'appareil rempli de lait est mis au bain-marie pendant une demi-heure. Après le refroidissement, on fait couler par le robinet le lait dont on a besoin au moment de la tetée. L'air rentre dans la marmite en filtrant à travers l'ouate.

Le procédé de Soxhlet est tout différent. Deux choses surtout doivent y être signalées : 1° On fait usage de petites bouteilles à goulot évasé et soigneusement rodé qui contiennent la quantité de lait nécessaire pour une tetée; 2° Chacune de ces bouteilles mise au bain-marie se bouche automatiquement lorsqu'on la laisse refroidir et reste complètement fermée jusqu'au moment où on doit l'utiliser.

Des bouteilles en quantité nécessaire pour les 24 heures ayant été remplies aux deux tiers, on les met dans un porte-bouteilles et on les plonge dans un bain-marie dont l'eau arrive à la même hauteur environ que le lait. Elles demeurent 40 minutes dans l'eau bouillante, puis on les laisse refroidir. Pour que les germes ne pénètrent pas dans les bouteilles, lorsqu'elles ont été retirées du bain, un petit dispositif permet de les maintenir constamment bouchées. Dans ce but un disque en caoutchouc assez épais est placé sur l'ouverture de la bouteille et maintenu en place par une capsule en métal. Voyez le *Progrès médical*, 4 juin 1892, page 438). Ce disque en caoutchouc laisse passer la vapeur d'eau qui le soulève pendant le bain-marie. Lorsque la bouteille se refroidit, la vapeur d'eau contenue dans son

intérieur se condense, un vide relatif se produit alors et le disque en caoutchouc s'enfonce dans le goulot sous l'influence de la pression atmosphérique. Tant que ce disque reste fortement déprimé, on est sûr que l'air n'a point pénétré dans l'intérieur de la bouteille. Ce lait, qui a été simplement chauffé au bain-marie, qui n'a pas bouilli au grand air, a conservé une saveur agréable.

Au moment du repas de l'enfant, on fait sauter le disque en caoutchouc et on place sur bouteille un galactophore. (Voyez le *Progrès médical*, 4 juin 1895, p. 437).

L'appareil de Soxhlet est ingénieux : le fractionnement du lait par quantités nécessaires pour chaque repas et le bouchage automatique constituent de réels progrès, mais il présente quelques inconvénients. Au bout de quelques jours, le disque en caoutchouc s'élargit et glisse à frottement contre les parois de la capsule métallique : il ne reste pas d'aplomb sur le goulot quand on laisse refroidir les bouteilles, ou il s'enlève avec la capsule en métal quand on retire cette dernière ; s'il y a une fêlure, une irrégularité quelconque sur le bord rodé de la bouteille en verre, le disque en caoutchouc ne s'applique plus exactement, de sorte que, dans une marmite contenant 10 à 12 bouteilles, nous avons habituellement vu l'opération échouer pour une ou deux d'entre elles. Enfin les petites bouteilles ne sont pas facilement transportables, les chocs font tomber les disques qui les bouchent.

Nous avons cherché s'il n'y aurait pas moyen de supprimer les bouteilles de forme spéciale possédant un goulot rodé. Si on se procure ces dernières plus ou moins rapidement à la ville, elles peuvent n'arriver que difficilement au fond des campagnes et n'être pas aisément remplacées ; nous espérions aussi parvenir à rendre la stérilisation très peu coûteuse. Pour cela, nous avons fait construire des capuchons de caoutchouc assez semblables comme forme aux capsules métalliques appliquées sur certaines bouteilles d'eaux minérales. Le fond de ces capuchons est assez résistant et, à leur partie inférieure, l'ouverture est limitée par un épaississement en forme de bague qui doit enserrer le goulot. (*Fig.* 15).



Fig. 15. — Capuchon en caoutchouc pour couvrir le goulot des bouteilles. A droite, coupe du capuchon.

Dans une petite bouteille quelconque, une bouteille de pharmacie, par exemple, on met du lait jusqu'aux deux tiers ou aux trois quarts de la hauteur, on la recouvre du capuchon de caoutchouc, puis on la place dans le bain-marie. Sous l'influence de la chaleur, la vapeur d'eau soulève le fond de la capsule. Pour éviter que cette dernière ne saute, on a fait deux petites ouvertures à l'emporte-pièce sur la paroi, en des points voisins du fond. Lorsqu'on retire la bouteille du bain-marie, le vide se fait dans son intérieur et la capsule s'appliquant sur l'ouverture du goulot se trouve déprimée par la pression atmosphérique. (*Fig.* 16).

Ces capuchons ont l'avantage de pouvoir être mis sur n'importe quelle petite bouteille, mais ils présentent quelques légers inconvénients : quand on retire les fla-

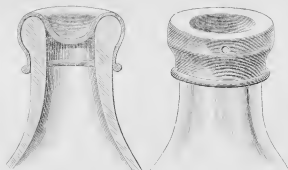


Fig. 16. — Capuchon en caoutchouc après la stérilisation. A gauche, coupe du capuchon et de la bouteille.

cons du bain-marie, il est souvent utile de réappliquer exactement avec la main les capuchons sur le goulot afin qu'ils s'adaptent bien sur l'ouverture ; de plus, le vide n'est point parfait, l'air rentre peu à peu en filtrant. Cependant, la stérilisation est plus que suffisante pour les vingt-quatre heures, car, au moment des grandes chaleurs, nous avons vu du lait ainsi préparé rester intact pendant des semaines et pendant des mois. Les bouteilles bouchées de cette façon peuvent être assez aisément déplacées.

Nous nous servons encore d'un appareil, construit récemment par M. Gentile, pour notre service de la Charité. Dérivé du Soxhlet, il en présente tous les avantages sans en avoir les inconvénients. Cet appareil se compose : 1° d'un bain-marie en métal étamé avec un porte-bouteilles ; 2° de flacons gradués ; 3° d'obturateurs automatiques.

Le bain-marie peut être plus ou moins grand, il contient, suivant ses dimensions, un support pour 5, pour 10 ou pour 25 bouteilles.

Les flacons qui sont gradués par 25 grammes sont très solides ; suivant l'âge des enfants, on les choisit contenant 50, 100, 150 ou 200 grammes de lait. Le goulot de chaque bouteille offre une surface assez large et bien régulièrement rodée à l'émeri.

Les obturateurs automatiques sont de petits disques de caoutchouc rouge munis sur leur face inférieure d'un appendice central qui a la forme d'un clou ou, mieux d'une pyramide quadrangulaire à sa base (*Fig.* 17).



Fig. 17. — Obturateur en caoutchouc. — A droite : Obturateur appliqué sur la bouteille après la stérilisation. La dépression centrale indique que le vide existe dans la bouteille.

Pour se servir de l'appareil, on verse dans chaque flacon la quantité de lait jugée nécessaire pour une tetée, sans que cette quantité puisse dépasser le trait

de division le plus élevé ; on place ensuite un obturateur sur le goulot. Tous les flacons ainsi préparés sont mis dans le porte-bouteilles, puis dans la marmite qui contient de l'eau froide. Le niveau de l'eau doit affleurer à peu près celui du lait dans les flacons.

La marmite est ensuite recouverte et portée sur un fourneau.

La température de l'eau s'élève progressivement jusqu'à l'ébullition, qu'on doit maintenir pendant 40 minutes. Cela fait, on enlève le couvercle, on sort le porte-flacons de l'eau bouillante, en ayant soin de ne pas toucher aux obturateurs, et on laisse refroidir. On voit alors, dès que la température s'abaisse, les obturateurs s'appliquer fortement sur les goulots des petites bouteilles et se déprimer à leur centre. La dépression atteint son maximum lorsque les flacons sont froids ; elle résulte du vide produit par la condensation de la vapeur de lait qui, pendant l'ébullition, a chassé l'air contenu dans la partie supérieure des flacons. L'obturateur est ainsi fixé par la pression atmosphérique.

L'examen des flacons permet d'avoir facilement des preuves que le vide existe et que la stérilisation par conséquent a été faite. Ces preuves sont : 1° l'adhérence du disque sur le goulot de la bouteille ; 2° la dépression centrale de l'obturateur ; 3° l'expérience du marteau d'eau. Pour faire cette dernière, on renverse la bouteille qu'on doit tenir de la main gauche, pendant qu'avec le bord cubital de la main droite on frappe d'un coup brusque sur le fond : le liquide se déplace en masse et vient heurter la paroi en produisant un claquement sec.

Lorsqu'on veut donner à l'enfant le lait nécessaire pour une tetée, on plonge une bouteille dans l'eau chaude de façon à tiédir son contenu. Ce résultat obtenu, on soulève un des bords de l'obturateur ; il se détache et l'air rentre dans le flacon en produisant un sifflement particulier. On goutte le lait pour s'assurer qu'il a la température voulue et qu'il a sa saveur ordinaire, puis on applique directement le galactophore ou une tétine sur le goulot de la bouteille. Cette dernière étant renversée, la tétine est introduite dans la bouche de l'enfant.

Lorsque le lait doit être transporté, il est nécessaire de bien maintenir l'obturateur afin qu'il ne se détache pas. Ce résultat est obtenu à l'aide d'une armature métallique sur laquelle sont fixées latéralement 2 tiges droites d'abord et recourbées en crochet à leur extrémité (*Fig*. 18).



Fig. 18. — Armature métallique destinée à maintenir l'obturateur. — A droite : Armature métallique appliquée sur l'obturateur.

L'armature étant évidée en son centre, on peut voir la dépression qui existe sur l'obturateur. Une ficelle ou un fil de laiton fixe l'appareil sur le goulot de la bouteille. Pendant plusieurs jours, j'ai transporté dans le coffre de ma voiture deux bouteilles remplies de lait stérilisé et couvertes de cette armature ; elles ont ainsi subi de nombreux chocs sans qu'il en soit résulté le moindre déplacement de l'obturateur.

Pour les enfants chez lesquels on fait l'allaitement mixte ou l'allaitement artificiel, deux choses sont donc nécessaires : 1° avoir du bon lait ; 2° stériliser ce lait dans de petites bouteilles contenant chacune la valeur d'une tetée ; la stérilisation ne doit être faite que pour vingt-quatre heures, si on veut avoir une sécurité absolue.

A la campagne, on peut toujours se procurer aisément du bon lait ; cela n'est pas toujours aussi facile dans les villes. Nous avons vu que, pour le transporter, on le pasteurisait ou on le stérilisait à l'aide de procédés industriels.

Les producteurs ne pourraient-ils pas appliquer en grand le dernier système que nous avons décrit ? Un four en briques serait construit à bon marché et sur le four seraient placés de larges bassins suffisamment profonds ; dans ces bassins on mettrait, maintenues dans des paniers en métal, des bouteilles contenant un demi-litre ou un litre de lait *récemment* trait, et sur chaque bouteille on placerait un obturateur automatique en caoutchouc. On laisserait les bouteilles au bain-marie pendant une heure et la stérilisation serait ainsi faite. On retirerait les paniers contenant les bouteilles, on laisserait refroidir et, pour le transport, on fixerait sur chaque bouteille l'armature métallique.

Rien ne serait plus simple, les producteurs n'auraient besoin ni d'instruments de précision, ni de connaissances spéciales pour recourir à ce procédé.

Mais pour les enfants, ce lait transporté à la ville devrait y être stérilisé de nouveau dans de petites bouteilles et utilisé dans les vingt-quatre heures. Grâce à l'occlusion parfaite des flacons, on réussirait à introduire dans le tube digestif des nouveau-nés un lait aussi pur, aussi dépourvu de microbes que celui qui passe du sein dans la bouche du nourrisson.

De grands progrès nous semblent donc avoir été réalisés dans ces dernières années pour l'allaitement des enfants, allaitement mixte et allaitement artificiel. Nous l'avons dit et nous le répétons, l'allaitement au sein est de beaucoup préférable, car il donne plus de sécurité. Mais, comme l'a si justement écrit le professeur Rouvier (de Beyrouth), il y a plus de mères que de bonnes nourrices. C'est déclarer que l'allaitement artificiel et l'allaitement mixte sont parfois des nécessités qui s'imposent. Des faits nombreux nous ont montré que le lait stérilisé à 100 degrés réussissait très bien aux nouveau-nés qui restent pendant 10, 12 et 20 jours dans notre service. Nous portons actuellement plus loin nos observations : mon interne, M. Chavane, et moi, nous suivons un certain nombre d'enfants dont les mères habitent dans le voisinage de la Charité ; elles sont sorties de nos salles ou bien elles reçoivent un secours d'allaitement de l'Assistance publique. Nous encourageons chez elles l'allaitement au sein. Nous ne recommandons pas l'allaitement mixte ou l'allaitement artificiel, mais quand ils sont indispensables ou quand ils existent déjà, nous les surveillons, nous les dirigeons. Nous publierons nos résultats lorsqu'ils seront en nombre suffisant pour entraîner la conviction.

En tout cas, dès maintenant, les diarrhées cholériformes et le choléra infantile, si fréquents pendant les chaleurs de l'été, doivent disparaître complètement, parce que toute femme peut facilement et à bon marché

stériliser le lait qu'elle donne à son enfant. Que de nourrissons pourront ainsi être sauvés chaque année! Nous serions heureux si les recherches que nous avons faites avec M. Chavane, dans notre service hospitalier, pouvaient contribuer à l'extension et à la généralisation de ce progrès.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes sur l'organisation du Service de santé.

10[e] *article.*

VIII. — DE LA DOTATION DES FORMATIONS SANITAIRES DE CAMPAGNE EN NOUVEAU MATÉRIEL DE PANSEMENTS.

Et maintenant reprenons la suite de nos études. Il est à peine nécessaire de prévenir le lecteur que l'approvisionnement en matériel de pansement des diverses formations sanitaires de campagne devra être calculé d'après les besoins auxquels chacune est appelée à satisfaire.

Il importe donc d'évaluer ces besoins, avec la plus grande précision possible, en s'appuyant sur les données statistiques des guerres passées et en tenant compte des prévisions résultant de la connaissance des effets balistique des fusils à calibre réduit. Il n'existe qu'un seul document capable de nous renseigner (1) sur le plan adopté par la 7[e] Direction pour la mobilisation du matériel de pansement. C'est une « *Note sur les modifications du matériel de campagne du Service de santé* » insérée dans le numéro de septembre 1891 des *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, et qui a pour auteur le médecin principal de 1[re] classe chargé de la surveillance des magasins centraux.

L'auteur de cette Note commence par distinguer deux classes de pansements: 1° les pansements *simples* ; 2° les pansements *compliqués*. Les premiers correspondent au traitement des plaies des parties molles, les seconds à celui des plaies compliquées de fractures.

Le pansement simple se compose de plumasseaux d'étoupe ou de ouate de tourbe bichlorurée, de compresses bichlorurées, de makintosh et de bandes de diverses natures. Le pansement compliqué comprend les mêmes éléments auxquels viennent s'ajouter les moyens nécessaires pour la contention des fractures. Ces préliminaires établis, l'auteur s'exprime ainsi :

« La proportion des blessés par rapport au nombre des combattants est très variable, mais, d'après les documents statistiques, le chiffre moyen des blessés pendant les guerres modernes les plus meurtrières n'a jamais été supérieur au cinquième de l'effectif total des armées pour toute la durée des hostilités. Si l'on prend ce chiffre moyen pour base générale des approvisionnements, il faut, dans chaque division de 15.000 hommes, 3.000 pansements simples.

On a fait d'une façon analogue le compte des pansements compliqués. D'après les chiffres recueillis par le médecin major de 1[re] classe Nimier, dans les documents statistiques publiés à la suite des principales guerres de la deuxième moitié de ce siècle, on a relevé que sur 100 blessés il y en a 20, ou 1/5, qui ont besoin de pansements simples combinés avec des moyens d'immobilisation. »

(1) En l'absence des nomenclatures spéciales ayant trait au nouveau matériel et qui, sauf celles concernant la voiture médicale régimentaire et la voiture technique chirurgicales, ne sont même pas encore arrêtées.

La conclusion est qu'il faudra attribuer 600 *pansements compliqués* ou appareils à fracture à l'ambulance n° 1 de cette division de 15.000 hommes.

En se basant toujours sur ces mêmes données, la 7[e] Direction fixe la dotation des ambulances n° 2 qui n'ont plus à pourvoir qu'aux besoins de 2.000 combattants (ce sont les ambulances de brigade de cavalerie et de troupes de défense mobile des places fortes) « à 400 *pansements simples* et 100 *pansements compliqués* (1). »

Chaque hôpital de campagne étant de 100 lits, « le matériel de chirurgie a été organisé pour répondre aux besoins de 100 blessés, au minimum, pendant 30 jours, sans avoir à recourir à des ravitaillements ; on a supposé aussi qu'aucun des blessés à traiter ne serait immédiatement transportable, qu'ils appartiendraient tous à la catégorie des blessés ayant besoin de pansements compliqués, qu'ils n'auraient pu recevoir aucune immobilisation définitive à l'ambulance, et que les pansements simples seraient renouvelés au maximum tous les deux jours. »

En conséquence, chaque hôpital de campagne sera pourvu de 100 pansements compliqués et de $\frac{100 \times 30}{2} = 1\ 500$ pansements simples.

Le bataillon d'infanterie, à l'effectif de guerre de 1.000 hommes, constituant l'unité sanitaire régimentaire, a été doté « de 250 pansements simples et de 50 pansements compliqués pour fractures, proportions qui répondent à un effectif de 1,000 h. de troupe (2). »

Ces données paraissent nettes et précises ; examinons-les de près. Il importe tout d'abord de remarquer que si l'effectif total mobilisé d'une division d'infanterie est à peu près de 15.000 hommes, au jour de la déclaration de guerre, *son effectif total pour toute la durée des hostilités* représentera un chiffre infiniment supérieur, à cause des vides qui se produiront et qu'il faudra constamment combler. Le chiffre moyen des blessés de cette division, prévu pour toute la durée de la campagne, ne sera donc pas de $\frac{15.000}{5} = 3.000$, mais bien de $\frac{15.000 + x}{5} = 3.000 + \frac{x}{5}$.

La base choisie pour la dotation de l'ambulance divisionnaire est donc défectueuse, puisque cet x représente un inconnu (les vides produits et comblés pendant tout le cours de la campagne), une valeur essentiellement variable et échappant à toute prévision.

Elle n'est applicable qu'à la détermination du nombre minimum de pansements de toutes sortes qu'il faudra tenir, dès le temps de paix, à la disposition de l'ensemble des formations sanitaires mobilisables. Ce nombre ne comprendra qu'un pansement par blessé et exige par conséquent la constitution d'une réserve considérable pour le service des ravitaillements, calculée d'après l'estimation du chiffre moyen de pansements nécessaires jusqu'à la guérison complète de la blessure.

En supposant (ce n'est qu'une hypothèse, car le Ministre connaît seul les chiffres exacts) que l'effectif mobilisable de chacune des 25 classes est en moyenne

(1) La proportion entre les deux espèces de pansements n'est déjà plus observée. Ce n'est pas d'ailleurs la seule contradiction que nous aurons à relever dans cette note.

(2) C'est encore une erreur, puisque, d'après la base établie par l'auteur, à l'effectif de 1.000 hommes correspondent $\frac{1.000}{5} = 200$ pansements simples, et $\frac{200}{5} = 40$ pansements compliqués.

de 150.000 hommes, nous aurons la formule suivante :

$\frac{3.750.000}{5} = 750.000$ pansements simples et

$\frac{750.000}{5} = 150.000$ pansements compliqués, à tenir constamment prêts, dès le temps de paix (1).

En supposant ensuite (c'est encore une simple hypothèse) qu'on doive estimer à 10 le chiffre moyen des pansements par blessé, on aura pour total des besoins à prévoir : $750.000 \times 10 = 7.500.000$ pansements simples. Le calcul n'est plus applicable aux appareils à fractures, bien entendu.

Mais la 7e Direction n'a pas seulement commis une première faute en choisissant une base impropre pour la dotation de l'ambulance divisionnaire, elle en a commis une seconde, en ne tenant pas compte dans ses estimations de l'effet, si facile à prévoir cependant, des fusils à petits calibres.

Ignorerait-elle que les nouveaux projectiles traversent de part en part, à 1.200 mètres et plus, deux et même trois hommes placés les uns derrière les autres? Que dans les guerres de l'avenir toute blessure par balle de fusil (80 sur 100) présentera deux orifices et nécessitera un double pansement (2)?

En conséquence, en admettant même le chiffre de 3.000 blessés par division d'infanterie, ce ne seront plus 3.000 pansements simples, mais bien 6.000 qu'il faudra allouer à l'ambulance divisionnaire.

Prévision non moins simple ni moins certaine : les balles, traversant toujours de part en part membres, tronc et cavités, rencontreront souvent les os sur leur trajet et multiplieront les plaies compliquées de fracture dans des proportions inconnues jusqu'à ce jour! Ce ne sera plus le cinquième, mais le quart ou le tiers des blessés qui présentera des plaies compliquées. Les fractures de la colonne vertébrale, du bassin et des grandes articulations seront d'une fréquence hors de toute proportion avec ce qu'enseignent les stastistiques des guerres passées.

A la 7e Direction, on ne semble pas avoir tenu compte de ces prévisions élémentaires! On mènera le Corps de santé droit à une faillite colossale, si la guerre vient à éclater avant que la Direction, plus consciente de ses responsabilités, ait organisé ce grand Service et réparé les fautes commises.

Qu'importe, au reste, en organisation le chiffre moyen des blessés d'une division pendant la durée totale d'une campagne? L'absurdité des moyennes éclate dans la pratique, par ce seul fait que ce sont précisément les seuls chiffres qui ne se rencontrent jamais — au-dessus ou au-dessous, jamais la moyenne.

La seule chose qu'il importe de connaitre, c'est le maximum des pertes qu'une division peut éprouver dans une seule bataille, afin de mettre à la portée de son personnel médical tout le matériel nécessaire en un seul jour. On ne saurait choisir d'autre base, pour la dotation de l'ambulance divisionnaire surtout. Etablissez ce maximum, dotez-la en conséquence, en ayant soin d'établir en arrière, mais à sa portée, des ressources de ravitaillement sérieusement organisées.

La guerre de 1870 fournit de précieux renseignements à cet égard, et les exemples suivants montreront que ce chiffre de 3.000 blessés par division de 15.000 hommes, calculé pour toute la durée d'une campagne, peut être atteint dès la première bataille.

Pendant les deux seules journées de Wissembourg et de Frœschwiller, la 9e division allemande a perdu 2.461 hommes par le feu.

La 10e division en a perdu 3.178 dans l'unique journée de Frœschwiller (le 46e régiment d'infanterie perdit à lui seul 913 hommes). A la bataille du 16 août, la 5e division allemande a eu 2.956 hommes hors de combat, sur un effectif de 10.988 hommes, soit 26 p. 0/0.

Le même jour, la 6e division en comptait 3.372 sur un effectif de 11.391 hommes, soit 29 p. 0/0. Le même jour encore, la 19e division avait 3.216 hommes hors de combat sur un effectif de 11.188 hommes, soit 28,7 pour 0/0.

La garde prussienne, forte de 28.160 hommes, chargée le 18 août de l'enlèvement de Sainte-Marie et de l'attaque de Saint-Privat, perdit *en six heures* 2.404 tués et 5.399 blessés ou 27 p. 0/0. Pour l'armée française, les pertes du 16 août sont de 20 p. 0/0 pour les 2e, 3e, 4e Corps et la garde impériale, et de 18 p. 0/0 pour le 6e Corps.

Nous pourrions multiplier ces exemples ; ceux que nous citons suffiront pour montrer que le maximum qu'une division d'infanterie peut perdre dans une seule journée peut s'estimer à 30 p. 0/0 de son effectif. Ces calculs, appliqués à la division de 15.000 hommes, donneraient 4.500 hommes hors de combat, dont le cinquième tués sur le champ de bataille même. Il resterait 3.600 blessés à panser à l'ambulance, présentant chacun une plaie double !

Il s'ensuit qu'une ambulance divisionnaire devrait être dotée d'un minimum de 7.200 pansements simples. Ce stock pouvant être épuisé dans une seule journée et l'ambulance devant être prête à se remettre en route dès le lendemain de la bataille, *il est indispensable qu'elle puisse se ravitailler dans la soirée même, au plus tard le lendemain matin, avant le départ.*

Or, voici comment l'auteur de la « Note » s'exprime au sujet de cette importante organisation des ravitaillements : « La première section de l'ambulance du quartier général a une composition semblable à celle de l'ambulance divisionnaire, tandis que sa deuxième section est surtout organisée en réserve des services de l'avant, et ses fourgons transportent, sous forme d'unités simples et de sous-unités collectives, un matériel de remplacement pour les voitures médicales régimentaires. »

Pour les voitures médicales régimentaires !

A notre avis, le chef de la 7e Direction nous paraît engager sa responsabilité en sacrifiant la moitié de l'ambulance du quartier général pour assurer le ravi-

(1) L'expérience de la guerre de 1870 a, en effet, démontré que les batailles du premier mois ont couté aux Allemands plus de la moitié des pertes totales subies pendant toute la durée de la guerre. Et pendant toute cette première période, les approvisionnements en objets de pansements n'ont pu être renouvelés.

(2) Et il ne faut pas compter dédoubler le « pansement simple » qui ne comporte que 18 gr. d'étoupe ou de ouate de tourbe, d'après la nomenclature de la voiture médicale régimentaire.

taillement du service régimentaire, en lui faisant remplir les fonctions dévolues au train des équipages militaires. Il semble obsédé de cette idée, que les hôpitaux sont des établissements inutiles ou secondaires et que le principal rôle, en paix comme en guerre, est dévolu au service régimentaire, et il supprime la moitié d'une ambulance !

Mais comment donc se ravitailleront les deux ambulances divisionnaires qui auront épuisé jusqu'à leur dernière bande? Sera-ce en empruntant le matériel des hôpitaux de campagne qui viendront les relever ? Or, chacun de ceux-ci ne possédant que 1.500 pansements simples, il faudrait le matériel complet de deux ou trois d'entre eux pour reconstituer celui d'une ambulance divisionnaire. Et, privés à leur tour de leurs objets de pansement, comment feront-ils pour soigner les blessés que l'ambulance leur abandonne ? D[r] FREEMAN.

P.-S. — Nous tenons à rectifier une erreur qui s'est glissée dans notre précédent article (page 160, en note). Les huit dernières lignes doivent être lues ainsi :

Le kilogramme d'étoupe purifiée, en nappe, non bichlorurée, coûte. . . .	7 fr. » (en 2 paquets).
Le kilogramme d'étoupe purifiée, *en plumasseaux*, bichlorurée, coûte . .	12 fr. » (en 4 paquets).
Le kilogramme de ouate de tourbe, en nappe, non bichlorurée, coûte . .	1 fr. 60 (en 4 paquets).
Le kilogramme de ouate de tourbe, *en plumasseaux*, bichlorurée, coûte .	3 fr. » (en 2 paquets).

L'Hôpital Boucicaut.

Il n'est pas sans intérêt de revenir sur l'Hôpital Boucicaut dont nous avons déjà parlé dans ce journal (1). On sait quels ont été les projets primés, projets qui restent la propriété de l'Assistance publique ; mais, ce que l'on ne sait sans doute pas, c'est que le Jury a écarté, au dire du *Génie sanitaire* (2), dès l'abord et sans les examiner, tous les projets ayant façade sur la rue de Lourmel.

Il est impossible, répétons-nous avec notre confrère. qu'une semblable détermination ait été prise d'une façon irrévocable, car ce serait une injustice flagrante, la façade sur telle ou telle rue n'ayant pas été rendue obligatoire par un article particulier du programme. Si telle était *depuis longtemps* l'intention de l'Administration, elle n'avait qu'à le dire avant l'ouverture du concours. Il est absolument inacceptable qu'on engage ainsi, à la légère, des architectes dans un concours sans leur demander exactement ce que l'on veut.

Le fait — en dehors de la question d'injustice que personne ne pourra nier — est d'ailleurs fort regrettable, car, pour cette baroque raison, on a éliminé des projets très remarquables. Pour ne pas faire de personnalités, nous ne citons aucun nom ; mais il suffira de regarder les plans pour ne plus rien comprendre aux décisions de la Commission.

Il nous faut encore insister sur un point technique de la plus haute importance. On a exigé de tous les concurrents qu'ils tinssent compte des dernières volontés de M[me] Boucicaut, c'est-à-dire qu'ils ajoutassent aux bâtiments de ce nouvel hôpital un pavillon spécial pour les employés du Bon Marché. Nous ne craignons pas de dire qu'on a eu tort : cette conception est absolument antiscientifique et il était facile d'allier la teneur du testament de la bienfaitrice avec les exigences de l'hygiène moderne. Qu'a voulu en effet M[me] Boucicaut? Assurer les soins médicaux et chirurgicaux les plus parfaits aux employés du Bon Marché, n'est-il pas vrai ? Dès lors, pourquoi s'en tenir à la lettre et ne pas songer à l'esprit de ce testament?

Pense-t-on qu'il sera bien agréable pour ces malades privilégiés d'être tous confondus? Pense-t-on qu'un employé qui se sera cassé la jambe en tombant de l'ascenseur du Bon Marché sera satisfait d'attraper la scarlatine du jeune trottin qui l'aura pincée en allant visiter une amie? Pense-t-on qu'une nouvelle accouchée sera très flattée de succomber aux attaques d'un streptocoque que lui aura délégué à son insu un garçon d'écurie atteint d'érysipèle. C'est inconcevable d'en être encore là en 1893 !

Dire qu'il était si simple de réserver dans chacun des services de médecine ou de chirurgie une ou deux chambres, bien isolées, pour les employés du Bon Marché ! C'était évidemment trop simple. « Il est très regrettable, dira-t-on sans doute, que M[me] Boucicaut n'ait pas été plus forte en hygiène hospitalière ; mais, franchement, qu'y pouvons-nous?» Ce que vous pouvez, je l'ai dit : c'est de tenir compte exclusivement, non pas du texte écrit, mais de la pensée qui a présidé à la rédaction de ce généreux testament. Soyez certain que personne n'y trouvera à redire.

Marcel BAUDOUIN.

(1) Voir n° 8, p. 150.
(2) 15 février 1893.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 mars 1893. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. CHARRIN a pratiqué l'autopsie et l'examen d'un chien atteint de *diabète expérimental*, qui avait déjà été présenté à la Société par M. Gley pour des troubles oculaires. Ce chien, qui avait succombé dans un état de cachexie profonde et avec un phlegmon de la jambe consécutif à des manipulations sur la veine, présentait des ganglions mésentériques manifestement tuberculeux, sans aucune autre lésion de même nature dans les autres organes. Ce fait est d'autant plus intéressant que la tuberculose se rencontre rarement chez le chien et que, d'autre part, les ganglions mésentériques caséeux coïncident presque toujours avec une tuberculose intestinale.

M. CHAUVEAU dit que la tuberculose des ganglions mésentériques s'observe assez souvent sans altération de l'intestin et que la pénétration du bacille de Koch se fait cependant par l'intestin, par infiltration.

M. RICHET rapporte une série d'expériences qu'il a faites sur le *singe* en lui inoculant la *tuberculose aviaire* soit en injections sous-cutanées, soit en injections hypodermiques. Les injections sous-cutanées de cultures de tuberculose aviaire n'ont point donné de manifestations tuberculeuses à deux singes inoculés à différentes reprises ; mais les injections intraveineuses de ces mêmes cultures ont amené rapidement la mort de quatre singes nouveaux. D'autre part, l'inoculation intraveineuse de tuberculose aviaire chez le singe déjà précédemment inoculé par in-

jections sous-cutanées n'a amené aucun accident et l'animal se porte bien depuis un an déjà que l'opération a été faite. De la critique de ces faits, M. Richet croit pouvoir conclure que : 1° la tuberculose aviaire ne se transmet pas au singe en inoculations sous-cutanées ; 2° les inoculations intraveineuses de tuberculose aviaire sont, au contraire, mortelles pour le singe ; 3° enfin, il semble que le singe déjà inoculé en injections sous-cutanées soit vacciné contre la tuberculose aviaire que l'on inocule ensuite en injections intraveineuses. Cependant M. Richet formule certaines réserves au sujet de cette dernière proposition, ses expériences n'étant pas assez nombreuses pour être concluantes.

M. M. Chauveau estime que la vaccination contre la tuberculose aviaire par des inoculations sous-cutanées préalables est peu probable et admet sans difficulté cette vaccination anti-tuberculeuse pour le singe.

M. Malbec. — Je crois intéressant de rapporter devant la Société de Biologie un fait clinique dont le mécanisme s'explique facilement, mais que l'on trouve cependant rarement signalé. Il s'agit de l'*issue du sang par les points lacrymaux*, au cours d'une épistaxis, après le tamponnement complet des fosses nasales. Voici dans quelles conditions j'ai observé ce fait : Une dame, âgée de 52 ans, fut prise tout à coup d'une épistaxis abondante ayant son point de départ sur la cloison de la fosse nasale gauche. Après le tamponnement antérieur de cette fosse nasale, le sang s'écoule par la narine droite ; je pratiquai alors le tamponnement antérieur complet des deux fosses nasales; le sang s'écoula tout d'abord par l'arrière-gorge, mais, sous l'action d'efforts que faisait le malade pour arrêter l'écoulement en arrière, une partie de ce sang vint sourdre au niveau des points lacrymaux, des deux côtés, les yeux peuvent s'injecter, puis le sang s'écoule en larmes le long des joues. Le même fait se reproduisit le lendemain après le tamponnement que je fus obligé de pratiquer au cours d'une nouvelle épistaxis. Ce phénomène, qui impressionna vivement ma malade, s'expliqua facilement même sans altérations des voies lacrymales, comme c'était ici le cas, mais il n'en est pas moins intéressant au point de vue physiologique parce qu'il montre l'insuffisance des diverses valvules que l'on a décrites dans les voies lacrymales.

M. Sottas a observé deux cas de *compression des racines postérieures de la moelle* et a pu étudier les lésions consécutives de la moelle. Dans un premier cas il s'agissait d'une tumeur cancéreuse du sacrum comprimant les racines du plexus sacré. A l'autopsie on trouva une dégénérescence absolue des cinq racines saines postérieures, et dans la moelle une dégénérescence secondaire ascendante dans le cordon postérieur droit, que M. Sottas examine dans toute sa hauteur. Dans le second cas il s'agissait d'une paralysie radiculaire totale du plexus brachial gauche, due à la compression du plexus par un mal de Pott ; la moelle n'était pas directement intéressée, mais il existait une dégénérescence des racines postérieures des 5[e] et 7[e] paires cervicales du côté gauche. L'examen des lésions aux diverses hauteurs de la moelle montre que : sur un corps de la moelle dans la région cervicale supérieure, les fibres longues des différents étages de la moelle forment des triangles inscrits les uns dans les autres. Le plus petit triangle, placé à l'extrémité postérieure de la cloison médiane, est constitué par les nerfs sains. Le triangle le plus grand et en même temps le plus périphérique est formé par les nerfs cervicaux ; dans l'intervalle se placent les nerfs intermédiaires. Le cordon de Goll ne comprend que les fibres longues radiculaires des régions inférieures de la moelle ; celles de la région supérieure se placent en dehors du septum intermédiaire, dans le cordon de Burdach et aboutissent dans le bulbe au noyau de ce cordon, tandis que les premières sont au noyau du cordon de Gall.

M. Gley analyse une note de M. Lapicque sur l'*alimentation chez les Abyssins*. Il résulte de ce travail que la quantité de matières azotées nécessaires à l'entretien de l'homme est fort au-dessous de la moyenne fixée par différents auteurs ; les Abyssins que M. Lapicque a examinés se nourrissaient avec 50 gr. d'albumine, 350 gr. d'amidon et 30 gr. de graisses ; ce n'est qu'exceptionnellement que les Abyssins mangent des viandes, et cependant ils fournissent un travail journalier assez considérable.

MM. Richet, Giard, Dastre et Sanson interviennent dans la discussion qui prend vite un caractère assez aigu, qu'essaye d'atténuer le président M. Chauveau, et font remarquer que si les Abyssins ne mangent pas de viande, il est étrange que tous les voyageurs soient d'accord pour leur attribuer le tænia, que d'autre part la quantité d'azote nécessaire dépend de plusieurs facteurs : le travail et la température ambiante ; enfin, que dans les questions d'alimentation il ne faut pas juger à l'aide de la balance.

M. Guinard rapporte une observation relatant un accident déterminé par des *injections de liquide testiculaire impur* ; il est survenu chez le malade traité de la parésie du membre droit et de l'aphasie, et l'examen bactériologique du liquide a permis de constater la présence de microorganismes ; il est donc nécessaire de ne pratiquer d'injections qu'avec des produits absolument aseptiques.

M. Beauregard raconte l'échouement d'une baleine sur les côtes de Bretagne.

M. Queyrat présente un *appareil à contention* pour le cobaye.

M. Thélohan étudie des Psorospermies parasites des muscles du turbot. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 mars 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Suture du nerf cubital.

M. Berger présente à l'Académie une petite fille de 10 ans à laquelle il a pratiqué le 26 février la suture du nerf cubital. Cet enfant s'était fait en tombant, quatre mois avant sur un tesson de bouteille, une large plaie de la région cubitale de l'avant-bras. La plaie avait été suturée, l'artère cubitale liée sans qu'on se préoccupât du nerf. L'enfant avait gardé une anesthésie complète du petit doigt partielle de l'annulaire. Elle s'était brûlée deux fois profondément sans même s'en apercevoir. Les deux doigts étaient engourdis, violacés. — Dans son opération M. Berger trouva les deux bouts du cubital séparer par un intervalle d'un centimètre. Il existait un névrome central et un névrome périphérique qui furent réséqués ainsi qu'un mince cordon fibreux unissant les deux névromes. Dès le lendemain de la suture la sensibilité reparaissait. Elle est actuellement complète. Les troubles trophiques y sont beaucoup améliorés. Les mouvements sont faciles. M. Berger rapproche ce fait de ceux de MM. Tillaux et Nicarne où la sensibilité revint cinq heures après l'avivement et la suture du nerf. Dans deux autres cas de MM. Polaillon et Segond un quart d'heure suffit au retour de la sensibilité. Ces faits ne sauraient être expliqués ni par la sensibilité suppléée, ni par la sensibilité collatérale, ni par la sensibilité rémuante. La théorie dynamogénique de Brown-Séquard est-elle préférable à la théorie qui invoquerait simplement le simple rétablissement par contact nouveau de la conductibilité nerveuse ?

M. Laborde après avoir minutieusement examiné la malade discute cette interprétation théorique. Il étudiera plus longuement dans une prochaine séance l'explication physiologique de ces résultats chirurgicaux.

Rapports sur les eaux minérales.

M. R. Robin lit une série de rapports tendant à rejeter plusieurs demandes en autorisation d'exploitation de sources minérales. Ses conclusions sont adoptées.

Injections sous-cutanées de phosphore et de phosphate de soude.

Le D[r] J. Roussel lit une communication sur les injections sous-cutanées de phosphore pur et de phosphate de soude. Le phosphore pur injecté dans de l'huile végétale stérilisée

d'eucalyptus serait toléré et non tonique à la dose de 4 milligr. par jour. On se servira d'une seringue en celluloïde, les seringues métalliques étant attaquées. Le phosphore constituerait le médicament cérébral le plus puissant et agirait contre les déchéances nerveuses et mentales de la mélancolie, de l'hystérie, de la neurasthénie. Les guérisons se maintiennent cinq à six mois après la cessation du traitement. M. Roussel estime d'après la parité des effets thérapeutique produits que les « sucs animaux » de Brown-Séquard ne valent que par le phosphore qu'ils contiennent et que ces injections empiriques doivent être remplacées par les injections scientifiques du phosphore. Quant au phosphate de soude récemment présenté comme névrosthénique inédit, M. Roussel demande l'ouverture d'un pli cacheté contenant les premiers numéros du journal « *Médecine hypodermique* » juillet 1888, dans lequel il a publié l'injection du phosphate de soude à cinq et dix pour cent comme agent réparateur des fonctions névrosthéniques.

Traitement des rétrécissements uréthraux par l'électrolyse.

M. Fort lit un mémoire sur la nécessité de distinguer les rétrécissements uréthraux cicatriciels en *tendres* et *durs*. Se basant sur 51 opérations, M. Fort montre que les rétrécissements sont rendus d'une grande bénignité et qu'ils guérissent très rapidement et sans accidents au moyen de l'*électrolyse linéaire*.

Commissions des Prix pour 1893.

L'Académie procède à l'élection des Membres des Commissions des prix pour 1893. Sont élus :

PRIX.	*Commissaires.*
Académie	Robin, Berger, Kelsch.
Alvarenga	Bouchard, Ranvier, Quinquaud.
Argenteuil	Le Fort (Léon), Rochard, Guyon.
Barbier	Sée (Marc), Weber, Worms.
Buignet	Bourgoin, d'Arsonval, Chatin (Joannès).
Capuron	Tarnier, Guéniot, Finard.
Civrieux	Charcot, Blanche, Cadet de Gassicourt.
Daudet	Besnier, Bucquoy, Dieulafoy.
Desportes	Constantin Paul, Hayem, Dumontpallier.
Godard	Le baron Larrey, Labbé, Le Dentu.
Hygiène de l'Enfance.	Ollivier, Charpentier, Budin.
Laborie	Lannelongue, Périer, Chauvel.
Laval	Laboulbène, Brouardel, Duval.
Lefèvre	Jaccoud, Luys, Mesnet.
Meynot	Panas, Gariel, Javal.
Monbinne	Hérard, Empis, Duguet.
Nativelle	Caventon, Riche, Moissan.
Pourat	Lancereaux, Chauveau, Laborde.
Portal	Verneuil, Tillaux, Polaillon.
Ricord	Fournier, Lagneau, Duplay.
Tremblay	Le Fort (Léon), Rochard, Guyon.
Vernois	Colin (Léon), Le Roy de Méricourt, Lereboullet.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les candidats au titre de correspondant national dans la section de médecine. L'ordre de classement est le suivant :

En 1re ligne : M. Liétard (de Plombières).
En 2e ligne : M. Costa (d'Ajaccio).
En 3e ligne : M. Layet (de Bordeaux).
En 4e ligne : M. Alison (de Baccarat).
En 5e ligne : M. Jablowsky (de Poitiers).

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 3 mars. — Présidence de M. Ferran.

M. Marie présente un malade atteint de *chéloïde de la paroi antérieure du thorax*. Cette tumeur enlevée en 1888 a récidivé et envahi tous les points de cicatrice. Les injections d'huile créosotée pratiquées actuellement sur ce malade donnent lieu à la formation d'une escharre aseptique et indolore. Ce traitement a été basé sur la conviction que la chéloïde est une maladie infectieuse d'origine parasitaire. Il semble préférable aux scarifications, dans un cas, en effet, une chéloïde développée sur un bouton de vaccin, puis sur l'oreille, fut traitée par les scarifications, bientôt apparaissaient 10 ou 15 nouveaux foyers sur les fesses, les jambes, etc. La généralisation paraît due aux scarifications qui ont fait pénétrer l'agent infectieux dans la circulation. C'est pourquoi la créosote est préférable, car elle empêche la généralisation en produisant l'*embaumement de la tumeur*. Peut-être dans le lupus et certains épithéliomes pourrait-on essayer de cet embaumement sur place.

M. Siredey ne croit pas que les scarifications aient été cause de la généralisation dans le cas cité par M. Marie. Il a vu un malade qui présentait des chéloïdes généralisées sans traumatisme, sans scarifications. Une des tumeurs ayant été enlevée avec la permission du malade, l'examen montra seulement qu'elle était composée de tissu fibreux. Les parasites, s'il y en avait, n'ont du reste pas été spécialement recherchés. La chéloïde n'a pas récidivé, seulement la cicatrice est devenue chéloïdienne. La généralisation s'était fait par poussées successives. Ce malade était un arthritique avec dilatation de l'estomac.

M. Marie. — L'examen de la tumeur citée n'a pas non plus révélé de microbes.

M. Juhel-Renoy demande quelle était l'origine de la tumeur.

M. Marie. — Des cicatrices d'acné.

M. Juhel-Renoy trouve l'explication donnée par M. Marie pour la généralisation de la chéloïde un peu problématique. Pour le lupus où on trouve des parasites, la scarification donne de bons résultats et il n'y a pas de généralisation. Dans les chéloïdes soignées par les scarifications ou le raclage, pas d'accidents semblables à ceux signalés par M. Marie. Chez un malade de la ville, arthritique atteint de pityriasis du nez et de chéloïde, le traitement fait d'un côté par la galvano-caustique, de l'autre par les scarifications, a donné du côté de ces dernières une cicatrice plate.

M. Sevestre, pour une chéloïde développée sur un zona, n'a eu que peu de résultats de l'emploi du galvanocautère et des scarifications. L'arséniate de soude pris à l'intérieur ont amené une diminution considérable de la chéloïde en six ou huit mois.

M. Legroux, ayant autorisé un médecin de Rome à essayer dans son service un traitement de l'angine couenneuse avec lequel ce dernier disait avoir, depuis 18 ans, guéri tous les malades de son pays, s'étonne de voir dans un journal du matin un article intitulé *guérison de la diphtérie* où l'auteur qui a puisé ses renseignements seulement auprès du médecin romain dit que celui-ci a reçu un accueil très bienveillant et que tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre dans le service de M. Legroux sont émerveillés des résultats obtenus. Or, il résulte, au contraire, des épreuves du traitement faites sur les malades de ce service, qu'il ne donne ni plus ni moins que les autres méthodes connues. Il y a donc lieu de déterminer pour l'avenir et afin d'éviter des réclames de ce genre dans quelles conditions on devra admettre un médecin n'appartenant pas au corps des hôpitaux à faire des expériences dans le service de l'un de ceux-ci.

M. Barth. — Comme il est désirable que tout moyen nouveau puisse se produire et qu'en refusant de les expérimenter les médecins des hôpitaux pourraient être accusés d'obscurantisme, on peut y consentir à condition que l'expérimentateur donne sa parole d'honneur qu'aucun résultat ne sera publié avant qu'un rapport ne soit rédigé par l'expérimentateur et le médecin dans le service duquel la méthode a été essayée.

M. Rendu, plus radical, demande que la méthode soit communiquée au médecin du service et essayée par lui et non par un autre.

M. Sevestre pense qu'il faut avant tout savoir en quoi consiste le traitement. Rejeter *a priori* une proposition de traitement contre la diphtérie est difficile.

M. Hanot. — On peut toujours poser en principe qu'il sera interdit de se servir d'un remède secret.

M. Legroux se rallie à cette opinion. Le médecin doit rester libre d'apprécier si une méthode thérapeutique a des chances de succès, mais il ne doit l'employer que lui-même.

M. Sevestre croit tout au moins qu'il faut exiger de l'expé-

rimentateur la connaissance du moyen qu'il veut employer, quitte à lui garder le secret jusqu'à la publication des résultats.

M. Bezy (membre correspondant) communique une observation *d'albuminurie d'origine ourlienne.* Il croit, d'après ce fait, que le parasite des oreillons peut se porter sur les reins, même sans oreillons. La bénignité de ces albuminuries est généralement admise.

M. Catrin, sur 102 cas d'oreillons, a trouvé 3 fois une albuminurie très passagère.

M. Comby considère l'hypothèse de M. Bezy comme très rationnelle. Si pendant une épidémie d'oreillons il survient chez un enfant de l'albuminurie, même sans manifestations parotidiennes, on est fondé à penser qu'il s'agit d'albuminurie ourlienne.

M. Laveran. — Si on retrouvait le microcoque décrit par nous, la question serait tranchée.

M. Siredey. — L'albuminurie au cours des oreillons est moins rare qu'on ne le croit et survient souvent quand le malade n'a plus de fièvre, du 6e au 11e jour.

M. Bezy lit une observation de *paralysie survenue à la suite du choléra infantile.*

M. Hanot dit que ce fait rappelle les paralysies développées expérimentalement par injection du coli bacille. Ces paralysies sont le plus souvent, mais pas toujours, accompagnées d'atrophie.

M. Siredey se demande déjà depuis longtemps s'il n'y a pas action du coli bacille chez les enfants atteints de paralysie infantile.

M. Rendu. — Il ne faut pas assimiler les faits de paralysie infantile à début brusque, fébrile et où les muscles sont frappés irrémédiablement avec les paralysies toxiques dont le début est lent, insidieux et analogue à celui des paralysies expérimentales.

M. Bezy. — Ce malade ne présentait pas le type classique de la paralysie infantile, puisqu'il n'y avait pas d'atrophie. Sa paralysie rappelle plutôt les paralysies diphtériques.

M. Barth cite un cas de *tétanos grave guéri par les injections d'antitoxine.* Chez ce malade, âgé de 20 ans, le tétanos est d'origine buccale. Le malade présente, en effet, une gingivite intense. La maladie évolue d'abord insidieusement, puis rapidement, les symptômes s'aggravent malgré le traitement par le bromure et le chloral. M. Roux, prévenu, fit une injection de 300 grammes de sérum de cheval immunisé. L'amélioration ne s'est pas manifestée immédiatement, cependant il y a eu suppression des crises, mais le malade est resté tétanisé pendant quarante-huit heures, puis la raideur a disparu et le malade a guéri. L'amélioration a si bien coïncidé avec l'injection qu'on peut la considérer comme caractéristique. Ce n'était pas un cas de tétanos foudroyant, mais un cas grave cependant. Ce fait appelle donc l'attention sur la sérothérapie. En cas semblable il serait bon de recourir à cette médication.

M. Hanot. — L'observation serait plus intéressante s'il s'agissait d'un tétanos traumatique.

M. Barth croit tous les tétanos traumatiques, quand même celui-ci était très grave et avec la médication classique il serait mort.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er mars 1893. — Présidence de M. Périer.

M. Picqué lit une observation de *fibrome utérin en voie d'expulsion spontanée,* en partie sphacélé, et qui dut être enlevé par la voie vaginale. Dès que, dans les cas de ce genre, des accidents septiques se déclarent, il faut faire le morcellement par les voies naturelles.

M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. le Dr Crozat ayant trait à un *phimosis congénital terminé par la mort.* Il s'agit d'un jeune soldat de 21 ans atteint d'un phimosis très serré. Il eut une bronchite aiguë généralisée. Rétention d'urine et circoncision. Tout à coup accidents urémiques au cours de cette maladie et mort. A l'autopsie on trouva un urèthre normal, une vessie très dilatée et des uretères très augmentés de volume à leur partie supérieure. Le bassinet et les calices étaient dilatés; le rein avait des dimensions normales. Il y avait une néphrite interstitielle manifeste.

M. Verneuil. — Quand il y a une maladie des reins, toute intervention, si légère soit-elle, peut devenir grave.

M. Reclus. — On ferait mieux d'intituler cette observation : *Mort d'urémie à la suite d'une opération de phimosis.*

M. Verneuil. — Il eût été nécessaire, avant de faire la circoncision, d'instituer un traitement préopératoire de la néphrite.

M. Tuffier. — Dans les accidents consécutifs à un phimosis, il faut distinguer : 1° Ceux dus aux lésions anatomiques (dilatation aseptique des voies urinaires); dans ces cas, on a généralement affaire à un phimosis adhérent; 2° Ceux dus à une infection consécutive. Cette infection peut être spontanée ou consécutive à une intervention. Il s'agit alors d'une infection opératoire (1).

M. Picqué ne peut pas préciser le point de départ de l'infection.

M. Tillaux. — Le malade était-il diabétique? Cela expliquerait la mort.

M. Picqué. — Il n'y avait pas de diabète.

M. Félizet fait un rapport sur une opération exécutée par M. Délies (d'Ypres) pour une *acné hypertrophique du nez.* Ce chirurgien a pu refaire, à l'aide d'une autoplastie consécutive à l'ablation des parties exubérantes, un nez très présentable au vénérable magistrat qui était porteur de cette difformité choquante. Résultat plastique très beau.

M. Berger a opéré beaucoup de nez semblables (Rhinophyma). Beaucoup de ces malades ne sont pas aussi alcooliques qu'on pourrait le croire. Un grand nombre d'entre eux sont très sobres. C'est M. Le Dentu qui a montré comment il fallait opérer ces nez-là. Toute autoplastie est inutile ; il suffit d'abraser au bistouri, à plat, tout ce qui déborde, en ayant soin de bien conserver tout le squelette cartilagineux du nez. La réparation se fait sans qu'il y ait trace de rétraction cicatricielle, car, aussi profondément que l'on abrase, on laisse toujours des culs-de-sac glandulaires. Certains prolifèront et en quinze jours les malades sont guéris. A peine y a-t-il parfois, à la suite de cette opération, un peu de rétraction des narines.

M. Lucas-Championnière rappelle l'opération de M. Ollier, qui est plus simple. Ce chirurgien décortique le nez au thermocautère, sans faire d'autoplastie. De la sorte on évite l'hémorrhagie. De plus, s'il y a de petits foyers d'acné sur la face, on peut les détruire avec le feu et à l'aide d'une fine pointe.

M. Routier. — J'opère comme M. Le Dentu.

M. Verneuil. — Il est inutile de faire des autoplasties quand on enlève un adénome sudoripare de la face. Le galvanocautère vaut mieux pour ces opérations que le thermo. La cicatrice est d'ailleurs moins livide qu'avec le bistouri. La cicatrisation donne de bien meilleurs résultats que les lambeaux autoplastiques.

MM. Berger et Félizet répondent.

M. Jalaguier communique le résultat de ses observations relatives au *traitement de l'ectopie testiculaire par l'orchidopexie.* Il a fait 15 fois cette opération sur 13 malades. Dans 10 cas, il y avait ectopies inguinales unilatérales : 5 à droite, 5 à gauche ; une fois l'ectopie était périnéale. Les 2 cas d'ectopies bilatérales étaient compliqués d'hydrocèle ou de hernies. Dans tous les cas, il y avait communication avec le péritoine. Ce qui est important dans cette opération, c'est plutôt la fermeture du trajet inguinal que la fixation du testicule. Sur tous les opérés, sauf un, le résultat a été parfait. Le cordon reste parfois un peu court ; mais jamais il n'y a eu reproduction de la hernie. Dans le cas où il y a eu insuccès, il s'agissait d'un enfant épileptique. Il n'y a que chez les tout petits enfants où l'opération ne soit pas indiquée.

M. Reynier présente un malade chez lequel il a pratiqué

(1) Rien ne prouve que, dans ce cas, il s'agisse d'une infection opératoire. Il ne faut pas oublier, en effet, que ce malade était atteint d'*influenza,* maladie générale, qui peut parfaitement suffire, à elle seule, à infecter le rein par la voie vasculaire, au même titre que la fièvre typhoïde, etc. (M. B.).

une *résection de la veine saphène* pour des ulcères variqueux récidivants.

M. Schwartz présente une malade qu'il a opérée de *gastrostomie par la méthode en deux temps*.

M. Pozzi présente, au nom de M. le Dr Charlin (de Santiago), un *uréthrotome* dont le conducteur est une bougie Béniqué et qui est destiné à la section des rétrécissements larges.

M. Routier présente deux *kystes dermoïdes de la face*.

M. Marchand présente un *kyste hydatique de la face inférieure du foie* qu'il a énucléé en entier.

Séance du 8 mars 1893. — Présidence de M. Périer.

Ectopie testiculaire.

M. Felizet insiste sur ce fait que l'ectopie testiculaire est une lésion complexe où n'intervient pas seulement en clinique la notion de mauvaise situation de l'organe. Il faut admettre deux grandes classes d'ectopies : les ectopies *mobiles* et les ectopies *fixes*. Chacune de ces 2 classes a ses indications thérapeutiques. Quand le testicule est mobile, il est généralement normal et l'orifice externe de l'anneau inguinal est élargi. Quand il est fixe, l'ectopie n'est plus rien à côté de la malformation, ce qui est le cas le plus fréquent. Le testicule est alors douloureux, atrophié ; il y a souvent une pointe de hernie qui n'aide en rien à la descente de la glande. Ici il faut traiter la hernie et l'ectopie, et l'opération est tout à fait indiquée.

M. Tuffier a opéré récemment 3 malades atteints d'ectopie testiculaire. Dans un cas, il y avait une hernie interstitielle concomitante. Dans un autre, il s'agissait d'une forme rare, d'une ectopie testiculaire intermittente avec phénomènes d'obstruction intestinale. M. Tuffier a opéré cet enfant avec succès.

Phimosis et lésions des reins.

M. Bazy est intervenu dans plusieurs cas de phimosis congénital. Il n'y a pas de différence, au point de vue des lésions urinaires supérieures consécutives au phimosis, entre les phimosis adhérents ou non.

Corps étrangers de l'œsophage. — Œsophagotomie externe.

M. Terrillon raconte l'histoire de deux pièces de cinq francs égarées par mégarde dans deux œsophages. Dans le premier fait, il s'agissait d'un jeune homme qui avala une pièce de cinq francs, au moment où il voulait la casser avec ses dents. M. Terrillon constata la présence du corps étranger dans l'œsophage à l'aide d'un explorateur, mais n'eut pas à intervenir davantage. Il avait perdu de vue le malade quand, quelque temps après, il apprit que cet homme était mort subitement d'une brusque hémorrhagie : le corps étranger avait ulcéré l'aorte.

Le deuxième fait a trait à un garçon de vingt-six ans qui avala une pièce de cinq francs au moment même où elle lui fut lancée, dans sa bouche ouverte, par un de ses camarades. M. Terrillon, après exploration à l'aide du résonnateur Colin, essaya de l'ex traire avec le panier de Græf, le crochet à déclanchement et une grande pince courbe. Il ne put y parvenir, à deux reprises différentes. Il résolut alors de faire une œsophagotomie externe cervicale, pour se rapprocher du corps étranger, paraissant fixé à 0,10 c. du cardia. Il fit une incision longitudinale de 4 à 5 cent. sur l'œsophage, fixa les bords de la plaie œsophagienne avec 3 pinces et introduisit par l'ouverture une grande sonde cannelée. A 12 cent il retrouva le corps étranger et chercha à le saisir avec une pince. Il dérapa à deux reprises, mais finit par l'accrocher solidement et l'extraire. M. Terrillon insiste avec raison sur la grande résistance qu'il éprouva. Suture hermétique de la plaie œsophagienne ; pansement compressif. M. Terrillon nourrit son malade exclusivement par le rectum (5 lavements alimentaires par jour). En 15 jours, tout était guéri. Le quatrième jour, il permit le lait.

M. Potherat lit une observation de *sarcome du mésentère enlevé par la laparotomie*.

M. Lejars présente un malade chez lequel il a réséqué un *prolapsus du rectum*.

M. Hartmann présente un malade chez lequel il a enlevé le *cubitus entier atteint d'ostéomyélite ;* il y a eu régénération.

M. Kirmisson présente un *appareil pour pied bot*.

M. Monod présente, au nom d'un chirurgien américain, une *canule-trocart* pour ouvrir et dilater les abcès pelviens.

M. Bazy présente un instrument complémentaire du cystoscope de Boisseau du Rocher. Cet instrument est destiné à enlever les petits polypes intravésicaux. Marcel Baudouin.

HYDROLOGIE

Le laboratoire d'analyses médicales de la Bourboule.

Nous croyons devoir signaler à nos lecteurs une innovation due à l'initiative de la Compagnie des Eaux minérales de la Bourboule, innovation qui augmentera certainement la faveur dont jouit auprès du corps médical cette station thermale. C'est la création d'un laboratoire d'analyses médicales, dont l'utilité n'est pas à démontrer dans une ville d'eau où figurent, parmi les maladies que l'on traite avec succès, le diabète, l'anémie et la tuberculose. Il y a deux ans que la Compagnie des Eaux, toujours attentive à suivre les conseils des médecins de la station et à perfectionner les moyens thérapeutiques mis à leur disposition, a aménagé ce laboratoire dans un de ses établissements et en a confié la direction à M. Ph. Lafon, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de médecine, bien connu et apprécié par un grand nombre de docteurs éminents de Paris. En outre, elle a créé, en 1892, des bons d'analyse gratuits offerts aux médecins pour leurs clients peu fortunés ; et, dès cette première saison, des observations intéressantes ont été recueillies, dont nous pouvons citer quelques-unes :

Diabète. — M. G... (médecin traitant, Dr Dauzat), diabétique depuis plusieurs années. 11 juillet 1892, 3 litres urine par vingt-quatre heures; 56 gr. 12 sucre par litre ou 168 gr. 36 par jour; traitement 1 litre et demi d'eau Choussy-Perrière par jour en trois fois; bain d'une demi-heure à 35 degrés, douche de cinq minutes à 38 degrés. 23 juillet. Urine 2 litres et demi, sucre 29 gr. 50 par litre ou 73 gr. 75 par vingt-quatre heures; deux verres d'eau. Même traitement externe. 1er août. Urine 2 litres, sucre 33 gr. 3 ou 66 gr. 6 par jour ; trois verres d'eau; douche générale en jet de deux minutes à 38 degrés. 18 août. Urine 1 litre, sucre 30 grammes par litres ou 30 grammes par jour; état général satisfaisant, amélioration manifeste.

M. E... (médecin traitant, Dr Fr. Morin), trente-huit ans, venu en 1891, ayant la première fois 90 grammes de sucre, la seconde 50 grammes, réduits chaque fois à quelques grammes au départ; amélioration et engraissement notables. En 1892, 4 août, sucre, 20 gr. 72 par litre; 21 août, sucre 0; état des plus satisfaisants.

M. M .. (médecin traitant, Dr Noir), a fait plusieurs cures à Vichy; très affaibli et amaigri, est venu en 1891 à la Bourboule avec 25 grammes de sucre par litre; réduits à 5 grammes. En 1892, le 4 août, 20 gr. 70; le 16, 4 grammes. Eau et boisson et grande douche, part très amélioré.

M. S... (même docteur) a fait aussi plusieurs cures à Vichy, puis à la Bourboule ; sucre réduit de 25 grammes à environ 1 gramme.

Chloro-anémie. — Mlle C..., seize ans (médecin traitant, Dr Dauzat), règles irrégulières, douloureuses, faiblesse générale, inappétence, palpitations. — *Analyse du sang,* 24 août, globules rouges 3,600,000, globules blancs 4,200, oxyhémoglobine 10 p. 100. — 1 verre d'eau, douche écossaise. Dès le lendemain, appétit meilleur et va en augmentant (1). — 29 août. Globules rouges 4,855,000, globules blancs 4,600, oxyhémoglobine 13 p. 100. Règles revenues. Progrès des forces et de l'appétit, jusqu'à la fin du traitement.

(1) C'est un des effets les mieux constatés de l'emploi de l'eau de *Choussy-Perrière*, à la station aussi bien que dans les hôpitaux de Paris, où l'on boit journellement de l'eau transportée. Non seulement elle rend très rapidement l'appétit aux personnes anémiées, mais encore elle arrête promptement les vomissements de celles dont l'estomac ne supporte plus les aliments.

Mlle F..., vingt-sept ans (même docteur). Plus réglée, depuis un an, maigre et pâle, souffle dans les artères, palpitation, oppression au moindre effort. — 10 août. Globules rouges 3,900,000, globules blancs 7,200, oxyhémoglobine 9 p. 100. — 1 verre d'eau minérale. Bain de 20 minutes à 35 degrés. — 27 août. Globules rouges 4,092,000, globules blancs 6,100, oxyhémoglobine 12 p. 100. Guérison presque complète.

Mme V..., vingt-trois ans (même docteur). Mal réglée, teint pâle, gastralgie, palpitation. Vient à la Bourboule pour la troisième fois, en progrès sensible. — 13 août. Globules rouges 4,310,000, globules blancs 9,300, oxyhémoglobine 11 p. 100. — 1 verre d'eau en quatre fois, bain ou douche écossaise. Amélioration rapide. — 29 août. Globules rouges 500,300, globules blancs 4,300, oxyhémoglobine 11 p. 100. Part le 5 septembre, poids augmenté de 5 kilogr. Tous symptômes d'anémie disparus.

Citons encore M. T... (Dr Méneau). Néphrite interstitielle. Le 15 juillet, 20 centigrammes albumine; tubes granuleux du rein. Le 2 août, simples traces d'albumine, plus de tubes, globules blancs, réduits de 12,400 à 6,200. Sommeil et appétit revenus.

Ces observations concordent avec tous les faits constatés depuis plusieurs années à la station comme dans les hôpitaux. On sait que le très regretté Dr Danjoy, qui avait publié, dès 1877, une vingtaine de cas de diabète, a fait, en 1889, un travail beaucoup plus important, que l'Académie de médecine vient de récompenser d'une médaille d'or, et qui contient 188 observations, dont 175 améliorations notables et 13 insuccès. Pour la tuberculose, il y a plus de vingt-cinq ans que Noël Guéneau de Mussy avait établi, dans les hôpitaux, l'efficacité de l'eau Choussy-Perrière.

Nous reviendrons, plus tard, sur les nombreuses observations recueillies depuis lors. Il nous suffit aujourd'hui d'avoir appelé l'attention sur le laboratoire dirigé par M. Lafon à la Bourboule. Cette création, avec l'adjonction des bons d'analyse gratuits, augmentera la confiance du corps médical dans les garanties d'efficacité du traitement de la Bourboule et contribuera à faire apprécier de plus en plus la valeur thérapeutique des sources arsenicales Choussy-Perrière dont la réputation est actuellement bien établie. (*Gazette des Hôpitaux.*)

VARIA

Association de la Presse médicale

Le Service militaire des Étudiants en médecine.

Vendredi dernier, 3 mars, M. le Ministre de la Guerre a bien voulu recevoir les membres de la Commission nommée par l'Association de la Presse médicale pour l'étude de la question du Service militaire des Étudiants en médecine.

M. le Pr Cornil a présenté la Commission, que M. le Ministre de la Guerre a accueillie avec la plus parfaite courtoisie.

M. le Ministre a promis de faire étudier la question par les bureaux compétents et a donné l'assurance qu'il était résolu à entrer dans la voie indiquée par l'Association de la Presse médicale.

Le rapporteur de la Commission a déposé alors sur le bureau de M. le Ministre le rapport ci-dessous :

Monsieur le Ministre,

« Dans sa réunion du 13 février 1893, tenue sous la présidence de M. le Pr Cornil, sénateur de l'Allier, l'Association de la Presse médicale a voté, à l'unanimité des membres présents, la proposition suivante, relative au Service militaire des Étudiants en médecine.

« Les Étudiants en médecine feront leur service militaire comme *médecins*, leurs études médicales terminées; ils devront être docteurs ou internes nommés au concours, dans une ville où siège une Faculté, à l'age de 27 ans. »

Au nom de la Commission nommée par cette assemblée, et composée de MM. Cadet de Gassicourt, Laborde et Lereboullet, membres de l'Académie de médecine, Cézilly et Marcel Baudouin, secrétaire, j'ai l'honneur, Monsieur le Ministre, de soumettre à votre bienveillante attention l'exposé des motifs qui ont entraîné la conviction de tous les membres de notre Association.

De l'adoption du vœu que nous vous présentons, et que nous vous prions de vouloir bien examiner, dépendent, en effet, et la vie de nos soldats exposés aux balles ennemies et l'avenir du corps médical de nos armées, au jour d'une déclaration de guerre.

C'est l'intérêt suprême de la Patrie qui est ici en jeu; et si jamais la devise : *Si vis pacem, para bellum*, a pu être citée dans une question militaire, c'est certes le cas de la rappeler encore à cette occasion.

Aussi serait-il superflu d'insister trop longuement devant vous sur l'immense *préjudice* apporté aux études médicales par le système actuellement en vigueur. En effet, par suite de l'âge (19 ans) auquel l'étudiant en médecine se fait inscrire d'ordinaire dans une École ou une Faculté, et de la nécessité où il est de partir comme soldat à 21 ans, il y a interruption forcée dans le cours de ses études. Ce temps d'arrêt est très préjudiciable à l'élève qui, pendant l'année qu'il passe au régiment, abandonne toute habitude de travail intellectuel et oublie en partie les matières précédemment apprises. En réalité, à sa rentrée à l'Université, il a souvent perdu le fruit de plus d'une année d'études.

Nous croyons plus urgent et plus utile d'envisager la question *au seul point de vue militaire*, l'intérêt de notre Armée devant évidemment primer toute autre considération.

Or, l'obligation de faire actuellement une année de service comme soldat, dans un régiment d'infanterie, ne se justifie pas pour les étudiants en médecine au point de vue exclusivement militaire, cela pour plusieurs raisons.

1° L'étudiant en médecine, du fait de son inscription à une École ou Faculté, est, d'office, en cas de guerre, un soldat qui n'ira jamais au combat. *Il ne sera jamais un combattant.* Même, si la guerre éclatait aujourd'hui, pendant qu'il fait son année de service, l'étudiant serait immédiatement *désarmé* et versé dans une section d'infirmiers : le règlement est formel.

Il y a donc là des conditions spéciales sur lesquelles on ne saurait trop insister. Les médecins sont, en effet, les seuls qui, pendant la période de temps qu'ils doivent à la Patrie et pendant la durée d'une guerre, soient aptes à remplir les mêmes fonctions que celles qu'ils exerçaient dans la vie civile. Les élèves d'une autre École (Polytechnique, Normale, Centrale) ne sauraient être placés sur le même pied que les étudiants en médecine. Le corps de santé militaire est la seule arme qui présente un pareil caractère distinctif.

Pourquoi dès lors donner l'instruction du futur combattant à celui qui ne combattra jamais, à celui qui n'a pas le droit de combattre — puisqu'il est neutralisé en temps de guerre par la Convention de Genève, — à celui qui, à supposer qu'il pût sauver une armée et même son pays en tirant un seul coup de fusil, n'aurait pas le droit de le faire ?

Pourquoi vouloir quand même, faire porter le fusil pendant six mois au moins, à celui auquel un règlement sacré, un règlement international, défend de porter les armes ? L'étudiant en médecine se trouve placé dans de toutes autres conditions que ses camarades des grandes Écoles du Gouvernement : Pourquoi dès lors tenir à l'initier, comme ces derniers, aux exercices militaires, lui qui ne doit être que médecin, avant de l'incorporer dans les rangs de ses confrères immédiats, à la suite des médecins aides-majors de l'armée active ?

2° D'autre part, alors même que l'étudiant apprend pendant un an le métier de combattant, tout ce qu'il a à apprendre — et il assimile vite, en raison de ses études antérieures, — tout ce qu'il a appris ne lui ouvre plus tard aucun droit au commandement de la troupe, quand il a été nommé médecin de réserve.

3° L'étudiant en médecine, pendant son année de service militaire, ne s'initie pas aux difficultés du métier qu'il sera tenu d'exercer à la déclaration de guerre. Il faut à tout prix les lui faire connaître, les lui apprendre. Aussi l'État et l'Armée

doivent-ils lui accorder toutes facilités pour qu'il puisse acquérir au plus vite le grade de docteur en médecine et, partant, devenir pour eux toute autre chose qu'une non-valeur.

Le système actuel met un obstacle très grand à l'instruction professionnelle de médecin militaire. En effet, le jour où il sera nommé médecin de réserve, l'étudiant n'aura pas encore servi comme « professionnel », mais simplement comme combattant. Il ignorerait par conséquent le premier mot du rôle qu'il serait appelé à jouer du jour au lendemain, si la guerre venait à éclater avant qu'il n'ait fait ses 28 jours comme médecin de réserve! Et, à supposer qu'il ait servi 28 jours dans ce grade, il n'en saura guère davantage: il faut un plus long temps pour apprendre à connaître le matériel du service de santé en campagne, l'administration militaire, etc.! Enfin le médecin de réserve passe dans la territoriale, tout aussi ignorant ; et c'est alors qu'il peut être appelé à diriger un hôpital de campagne et peut avoir sous ses ordres un officier d'administration du cadre auxiliaire, aussi peu instruit que lui sur les fonctions qu'il a à remplir! On frémit quand on songe à la responsabilité encourue. Et dire que, sur nos seize hôpitaux de campagne, il y en aura douze qui devront fonctionner de la sorte!

Tous ces inconvénients disparaîtront le jour où l'étudiant, reçu docteur ou interne avant 27 ans, pourra faire, à 28 ans au plus tard, son année de service militaire comme médecin aide-major de réserve, c'est-à-dire comme officier, au même titre que ses camarades de l'École polytechnique ou de l'École centrale. En un an il saura son métier et il sera inutile de l'obliger à refaire deux fois de suite 28 jours. En un an, avec un bon programme, avec 6 mois d'hôpital et 6 mois de régiment, il aura appris à diriger un hôpital de campagne, même sans le secours d'un officier d'administration du cadre actif et, dès lors, pourra parfaitement remplir les fonctions de médecin de l'armée territoriale, au moment opportun.

Bien entendu, en raison de la faveur spéciale qui leur serait accordée, les médecins ainsi nommés aides-majors de réserve ne recevraient aucune espèce d'appointements, sauf exception pour des cas tout à fait particuliers à déterminer.

4° Il est une dernière considération qu'il importe au plus haut point de ne pas passer sous silence. Chacun sait qu'en cas de guerre le nombre de médecins disponibles *se trouvera très insuffisant*. Or, en accordant aux étudiants la faculté de ne servir un an qu'après leur 5e, 6e ou 7e année d'études, après l'obtention de leur doctorat ou du titre d'interne, on augmentera sensiblement le nombre des médecins aides-majors de 2e classe de réserve.

Et ce surplus, ce contingent nouveau de médecins de la réserve (le chiffre en sera très respectable) viendra très utilement renforcer le cadre actif en temps de paix des médecins de l'armée régulière. Tout cela est de capitale importance, car personne n'ignore que ce cadre actif est aujourd'hui notoirement insuffisant, principalement en aides-majors, et que cette insuffisance même est telle que le service régimentaire et surtout le service hospitalier se trouvent presque compromis.

En terminant, nous voudrions insister sur la nécessité absolue d'autoriser légalement les internes, reçus au concours dans une ville où il y a une Faculté de médecine, à jouir des mêmes prérogatives que les docteurs. L'Armée a, en effet, le plus grand intérêt à incorporer tous les internes le jour de la mobilisation avec le titre de médecins traitants (c'est-à-dire d'officiers) et non plus de médecins auxiliaires (c'est-à-dire sous-officiers) ; car voici qui deviendrait grave si l'on ne voulait entrer dans cette voie : la direction et le commandement appartenant toujours de droit à l'officier ayant le grade le plus élevé ou étant le plus ancien dans le grade le plus élevé, le commandement et la direction des hôpitaux de campagne passeraient forcément aux médecins territoriaux les moins instruits et les moins capables, parce qu'ils sont les plus anciens, parce que l'ancienneté de service compte pour beaucoup dans l'obtention de l'avancement, et parce que l'interne sera nécessairement toujours de 2 à 3 ans en retard sur un camarade d'études qui n'aura pas passé par l'internat. Il en résulterait un réel préjudice et pour le Corps de santé et pour l'Armée, le moins digne commandant au plus digne.

Peut-être faudrait-il encore justifier la limite d'âge adoptée: 27 ans? Mais une telle discussion nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise d'ajouter qu'en demandant l'adoption de ce chiffre l'Association de la Presse médicale a cru pouvoir parer à toutes les objections faites à la limite d'âge (26 ans) de la loi de 1889.

Ainsi donc l'intérêt des études médicales se confond avec l'intérêt de l'État et de l'Armée. Et nous ne craignons pas d'ajouter que le second justifie bien mieux encore que le premier la revision de la loi sur le recrutement.

Ce n'est pas d'ailleurs, Monsieur le Ministre, la première fois que se trouve posée de cette façon la question du Service militaire des Étudiants en médecine. En effet, l'article 23 du projet de loi déposé le 25 mai 1886 sur le bureau de la Chambre des Députés, par M. le Ministre de la guerre, était ainsi conçu :

« Art. 23. — Ceux qui sont pourvus du diplôme de docteur en médecine accomplissent leur service actif dans un corps de troupe en qualité de médecins auxiliaires. Si, après une année de présence, ils sont l'objet d'un rapport favorable de leurs chefs, ils sont nommés médecins aides-majors de 3e classe de réserve et renvoyés dans leurs foyers. »

Malheureusement, cet article 23 a subi bien des tribulations, et bien des transformations à la Chambre des Députés et au Sénat. Deux fois la Chambre des Députés voulut y revenir ou se rallier à un texte à peine différent : Deux fois le Sénat s'y refusa. Finalement, rien ne fut obtenu; mais le dernier rapporteur à la Chambre, M. Ed. Thiers, tout en concluant à l'admission des restrictions formulées par le Sénat, ajoutait :

« Cela ne veut pas dire que, ni dans l'esprit de la Commission ni dans celui de son rapporteur, les dispositions pour lesquelles la Chambre aura combattu jusqu'à sa dernière heure doivent être abandonnées à jamais. Non, Messieurs, toute loi est perfectible... Vos successeurs n'auront plus tout à reprendre. Leur tâche, plus simple, se réduira à quelques perfectionnements, déjà bien définis par vous-mêmes. »

Ce que nous demandons, M. le Ministre, n'est que l'un de ces perfectionnements.

Et c'est pour les raisons que nous venons de vous exposer et en raison de bien d'autres considérations sur lesquelles nous n'avons pas pu nous appesantir, que notre Commission, au nom de l'Association de la Presse Médicale, vous prie de vouloir prendre en considération le vœu qu'elle a l'honneur de vous soumettre et qui est ainsi formulé :

« *Les Etudiants en Médecine feront leur service militaire comme* médecins aides-majors de 2e classe de réserve, *leurs études médicales terminées. Ils devront être docteurs ou internes nommés au concours dans une ville où siège une Faculté, à l'âge de 27 ans.*

Le Rapporteur : MARCEL BAUDOUIN, *Secrétaire.*

Paris, le 3 Mars 1893.

Sur la furie opératoire (1).

Opinion des chirurgiens français.

Voici encore quelques-unes des interwiews dont nous avons parlé dans notre avant-dernier numéro et les noms d'autres chirurgiens qui ont été consultés par le *New-York Herald* (2).

2e CATÉGORIE: IN MEDIO STAT VIRTUS (*Id est*: PROFESSORAT !).

M. Paul RECLUS :

« En France, la manie d'opérer n'a jamais été aussi loin qu'en Amérique. Prenez, par exemple, l'opération de Battey, l'ablation des ovaires; nous n'en avons jamais été très enthousiastes dans ce pays; eh bien, aux Etats-Unis, on a publié un cas où elle a été pratiquée à cause du manque de consolidation des os dans une fracture!

« Dans des cas graves de névralgies pelviennes, les chirurgiens de Paris ne sont pas très empressés d'enlever les ovaires,

(1) Voir *Progrès médical*, n° 9.

(2) Nous avons, à dessein, traduit littéralement le texte anglais pour laisser à ces interwiews.... toute leur saveur. (M. B.)

il semble qu'il y ait des doutes, quant à l'efficacité de l'opération, même pour les cas pires. — Maintenant, si nous considérons les femmes qui ont des lésions organiques positives, il faut faire plusieurs distinctions. D'abord, je pense que personne maintenant n'enlève un ovaire à plusieurs kystes, pour la simple raison que beaucoup de femmes présentent cette condition, sans en être, en aucune manière, incommodées.

« Pour les désordres inflammatoires, il y a parmi nous une tendance marquée à essayer l'effet du traitement médical avant d'opérer. Une petite salpingite catarrhale ou purulente n'est plus une indication formelle pour opérer. Nous savons maintenant que ces cas guérissent par des moyens plus doux. En ce qui me concerne, ma manière de procéder n'a jamais beaucoup changé, car j'ai été un chirurgien conservateur depuis le commencement; mais, même parmi ceux qui sont le plus prompts à opérer, il y a un mouvement tendant à diminuer le nombre des opérations, mouvement qui est commencé depuis cinq ans; et le nombre des salpingectomies, qui sont maintenant effectuées, va en diminuant. En France, ce changement d'opinions a pris naissance spontanément parmi les chirurgiens eux-mêmes ; leur propre bon sens et leur science croissante leur ont fait voir qu'ils étaient dans la mauvaise voie.

« Et cependant, même nous autres Français, nous faisons trop d'opérations. J'ai assisté, comme aide, à des opérations que, si j'avais été le chirurgien en charge, je n'aurais jamais pratiquées, avant d'avoir essayé un traitement médical pendant quelques mois. Et, ce qui est encore plus important, j'ai traité trois cas pour lesquels j'étais convaincu qu'une opération pourrait seule soulager le patient et que le délai consacré au traitement médical n'était qu'une pure perte de temps; mais les malades avaient insisté pour l'essayer d'abord et elles en furent récompensées par la guérison complète, grâce à des moyens simples. Autre fait de la plus grande importance. Beaucoup d'entre nous commencent à trouver que des malades, que nous avions renvoyés comme guéris, nous reviennent, après des mois et des années, n'ayant recueilli aucun bénéfice permanent de l'opération. Et on ne peut pas dire que l'opération n'avait pas été complète. En fait de névralgies pelviennes, par exemple, je me rappelle un cas où, non seulement les ovaires et les trompes avaient été enlevés, mais l'utérus aussi. Ainsi, il n'y a pas de doute que nous ayons trop opéré en France même; et nos opérateurs les plus convaincus commencent à exiger plus d'indications pour baser leur décision, quant à l'opportunité d'une opération. »

M. Paul BERGER :

« Cette question de savoir si nous opérons trop facilement est une de celles auxquelles j'ai consacré beaucoup de réflexions, particulièrement depuis le dernier Congrès de Gynécologie, et après avoir lu certains articles de presse. Je ne m'adonne pas spécialement à la gynécologie, et je la prends comme elle vient, avec le reste de la chirurgie; mais, malgré cela, j'en suis presque venu à la conclusion que les excès d'opérations n'ont pas lieu en France, comme dans les autres pays.

« Je dois faire cette restriction que je ne parle que de nos vrais chirurgiens, mes collègues des hôpitaux. Je ne suis pas en position de juger ce qui se passe en dehors de notre corps. Je peux même dire que les plus avancés et les plus entreprenants parmi nous ne font rien qui se puisse classer sous la rubrique des abus chirurgicaux. Je ne mentionne aucun nom, mais vous avez bien entendu de qui je veux parler. Les raisons en sont nombreuses. — La manière dont nos chirurgiens d'hôpitaux sont recrutés nous donne un corps d'hommes éminents sous tous les rapports. Notre système d'examens par compétition a ses mauvais côtés, c'est vrai; il empêche les candidats de faire beaucoup d'œuvres originales; mais il les conduit au delà de la fougue de la jeunesse, et surtout leur donne une dose incalculable d'expérience. Ceci fait grandement monter la moyenne des chirurgiens des hôpitaux à Paris. L'état de choses dans les pays étrangers est que, généralement à côté de quelques hommes très éminents, il y a une masse d'opérateurs auxquels on ne devrait jamais permettre de toucher un scalpel.

« Et puis, tout est si public dans nos hôpitaux qu'il y a toujours l'idée que nous sommes surveillés, et, en outre, un sentiment de responsabilité, venant de nos longues et patientes études, qui font que tout excès est presque impossible. Chacun de nous a une idée générale assez juste de ce que les autres font d'après leurs publications et le voisinage de nos salles ; et, tandis qu'à un certain moment, il y a quelque temps, il est possible qu'il y ait eu quelques excès chirurgicaux, cela a vite passé, et les choses en sont revenues à un état raisonnable.

Il y a quelques opérateurs qui n'appartiennent pas aux hôpitaux et qui se permettent de faire beaucoup de petites opérations de gynécologie les plus inoffensives ; et, en outre, on nous amène, à nous autres chirurgiens, beaucoup de personnes que les médecins nous prient d'opérer, quand des moyens de traitement plus simples seraient suffisants. Nous-mêmes, à une exception près, je crois, opérons seulement pour une lésion organique définie. Un des nôtres croit à l'opération pour une névralgie pelvienne et pour les névroses causées par ce désordre. Chaque fois qu'une nouvelle opération est proposée, il y a une explosion d'enthousiasme et chacun veut y essayer sa main. Mais cela se calme vite et il n'y a guère de dommages. Il est difficile de juger de la valeur de ces opérations nouvelles, auxquelles un ou deux hommes attachent leur nom, parce que les autres d'entre nous ne voient que les cas qui ne réussissent pas, quand les malades viennent à nous pour être soulagées, et non les cas heureux. Ceci, cependant, n'infirme pas ce que j'ai dit : « Que le Corps chirurgical des Hôpitaux de Paris ne commet aucun excès opératoire, » puisque, après tout, pour l'opération particulière à laquelle je fais allusion et qui est recommandée par Péan et Segond, vous êtes toujours obligé d'opérer pour guérir votre malade, et la simple affaire c'est de décider quelle est la meilleure manière de le faire. » (*A suivre*).

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 13. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Lejars, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Marchand, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Straus, Gaucher.

MARDI 14. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ballet, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, Nélaton, Bar. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Guyon, Duplay, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Joffroy, Roger.

MERCREDI 15. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Pouchet, Chauffard.

JEUDI 16. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Schwartz, Poirier.

VENDREDI 17. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Straus, Dejerine, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Potain, Brissaud, Marie. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. Baudelocque : MM. Pinard, Ricaad, Varnier.

SAMEDI 18. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Le Dentu, Maygrier, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Ballet, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Quénu, Brun. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Bouchard, Charrin.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 15. — M. Thérault. L'huile grise dans le traitement de la syphilis. — M. Legrand. Contribution à l'étude des éruptions iodiques. — Acné anthracoïde ou dermatite tubéreuse. — M. Eudlitz. — Contribution à l'étude du traitement hypodermique de la syphilis par les sels mercuriels en général et par le sozocodolate de mercure en particulier. — M. Féolde. Contribution à l'étude des myalgies. — M. Bastide. Des troubles oculaires dus à l'état puerpéral. — M. Ninaud. Contribution à l'étude de l'hydropisie aiguë, de l'amnios et de son traitement. — M. Guilleminot. Traitement du pédicule intra-péritonéal dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins.

JEUDI 16. — M. Loisel. Les cartilages linguaux des mollusques, structure et développement histogénique. — M. Riou. Cure radicale de la hernie épigastrique. — M. Pillaud. Empoisonnement saturnin par le vernis des poteries communes. — M. Slavaux. Contribution à l'étude des hémorrhagies gastro-intestinales au cours des cardiopathies.

Enseignement médical libre.

Hydrologie. — Des conférences publiques et gratuites sur le *traitement hydro-minéral dans les affections du pharynx,*

du larynx, du nez et des oreilles auront lieu à la clinique du Dr Castex, 52, rue Jacob, les mardis de 5 heures à 6 heures, à partir du mardi 7 mars. — 7 mars, Challes : M. le Dr Boyer ; 14 mars, Cauterets : M. le Dr Sénac-Lagrange ; 21 mars, Mont-Dore : M. le Dr Schlemmer ; 28 mars, La Bourboule : M. le Dr Heultz, etc. — Les sujets des autres conférences seront ultérieurement fixés.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 26 févr. 1893 au samedi 4 mars 1893, les naissances ont été au nombre de 1232 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 438 ; illégitimes, 192, Total, 630. — *Sexe féminin :* légitimes, 439 ; illégitimes, 163. Total, 602.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 févr. 1893 au samedi 4 mars 1893, les décès ont été au nombre de 1022 savoir : 538 hommes et 484 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide : M. 5, F. 8, T. 13. — Variole : M 2, F. 0, T. 2. — Rougeole : M. 3, F. 2, T. 5. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T 1. — Coqueluche : M. 12, F. 9, T. 21. — Diphtérie, Croup : M. 16, F. 17, T. 33. — Affections cholériformes : M. 0 F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 116, F. 89, T. 205. — Méningites tuberculoses : M. 14, F. 11. T. 25. — Autres tuberculoses : M. 6, F. 8. T. 14 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 8, F. 35, T. 43. — Méningite simple : M. 19, F. 14, T. 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 27, F. 18, T. 45. — Paralysie, M. 3, F. 4, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 0, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 36, F. 31, T 67. — Bronchite aiguë : M. 15, F. 8, T. 23 — Bronchite chronique. M. 18, F. 16 T. 34. — Broncho-Pneumonie : M. 29, F. 25, T. 54, —Pneumonie : M. 17, F. 27, T. 44.—Autres affections de l'appareil respiratoire ; M. 24, F. 13, T. 37.—Gastro-entérite, hiberon: **M. 19, F. 15, T. 34 —Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 5, T. 12. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 2, T. 6.—Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 13, F. 12, T. 25 — Sénilité : M. 13, F. 15, T. 28. — Suicides : M. 11, F. 5, T. 16. — Autres morts violentes : M. 12, F. 5, T. 17.— Autres causes de mort : M. 79, F. 78, T. 157. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.**

Mort-nés et morts avant leur inscription : 80, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 18. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 10. Total : 30.

Académie des Sciences. — L'Académie a nommé, à la presque unanimité, membre associé étranger, sir John Lister, le célèbre chirurgien anglais.

Faculté de médecine de Paris. — *Incidents de la semaine.* — Les étudiants de première année de médecine, au nombre de trois à quatre cents, se sont promenés en monôme un des jours de cette semaine, comme il est d'usage à la fin du semestre d'hiver. Ils sont partis en blouse de l'École pratique et sont rentrés au Quartier par la cour de l'Institut. Puis ils ont conspué un de leurs professeurs, M. Gariel, dont la sévérité aux examens leur paraît excessive.

Ecole de médecine et de pharmacie de Tours. — M. Danner, ancien directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé directeur honoraire de la dite Ecole. — M. Barnsby, professeur d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé, pour trois ans, directeur de la dite Ecole.

Hôpital Laennec. — M. le Dr Dreyfus Brissac a commencé ses leçons cliniques le mardi 7 mars à 9 h. 1/2 ; il les continuera les mardis suivants (Amphithéâtre des cours).

Enseignement municipal populaire supérieur. — *Cours d'Hygiène sociale* (Professeur : M. le Dr A.-J. Martin). — La conférence pratique du dimanche 12 mars 1893 aura lieu au Crématoire du cimetière de l'Est (Père-Lachaise), à 9 h. 1/2 très précises du matin.

L'Assistance médicale gratuite. — On a distribué cette semaine le rapport de M. Th. Roussel, sur l'assistance médicale gratuite. Le rapport conclut à l'adoption du projet tel qu'il a été voté par la Chambre des députés. Vendredi 10 mars, cette loi est venue en discussion au Sénat. M. H. Monod a été nommé commissaire du Gouvernement et M. Roussel a pris la parole à propos de la discussion générale. Puis... cette discussion a été remise à lundi prochain.

Service de santé militaire. — M. le médecin principal de 1re classe Lœderich, directeur du service de santé à Tunis, passe au 3e corps. Il est remplacé par M. le médecin principal de 1re classe Lemardeley, directeur adjoint au ministère de la guerre. Celui-ci est remplacé par M. le médecin principal de 2e classe, Strauss, chef des salles militaires à l'hospice de Limoges.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Aimé Aubert (de Mâcon), âgé de 72 ans. Il occupait dans cette ville, dit le *Lyon médical*, une situation exceptionnelle, comme en témoignent les nombreuses places qu'il tenait de la confiance de ses concitoyens et des diverses Administrations auxquelles il prêtait sans compter le concours le plus empressé. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Mâcon, médecin du lycée Lamartine, membre du Conseil d'hygiène, du Comité de protection de l'enfance, M. le Dr Aimé Aubert avait été médecin de l'Asile départemental, de la Compagnie P.-L.-M. Il était chevalier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de Mâcon et de plusieurs Sociétés savantes. — M. le Dr Virlet, médecin-major de 1re classe en retraite. — M. le Dr Prunières, de Marvejols, archéologue et paléontographe très distingué, mort subitement à Marvejols. M. Prunières suivait régulièrement les congrès scientifiques. Il laisse à Marvejols un remarquable musée formé par lui seul. — M. le Dr Arnold (de Schelestadt), médecin-major de deuxième classe, décédé en Algérie, au retour du Tonkin. — M. le Dr Léon Dufour, médecin principal des armées en retraite, décédé à Saint-Justin (Landes). — M. le Dr E. Pelissier (de Nîmes), ancien chirurgien de la marine. — M. le Dr Prouff (de Saint-Brieuc). Le Dr Prouff avait exercé avec distinction pendant quelques années l'ophtalmologie à Limoges ; puis diverses considérations l'avaient obligé à revenir dans son pays natal. — M le Dr Bouchy, de Courbevoie (Seine). — M. le Dr Combet (Lyon). — M. le Dr Reboul, de Gonfaron (Var).—M. le Dr Didion (de Nassay) reçu en 1862. — M. le Dr Neynet, médecin des hôpitaux de Lyon, reçu en 1857 — M. le Dr Ortet (Paris). — M. le Dr Garnier (de Lyon), agé de 63 ans. — M. le Dr Courcenet, aide-major au 41e régiment d'infanterie en garnison à Rennes, s'est suicidé le 21 janvier en passant à Lyon. — M. le Dr Mathis (de Bégnécourt) (Vosges), décédé à l'âge de 80 ans.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 11. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 MARS 1893.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en Russie (*Suite*) (1);

par le Dr L. FIAUX.

§ III. — *Les proxénètes officielles. — Leur confession religieuse; ethnographie; âge; extraction, etc.*

Les renseignements sur les proxénètes officielles concernent leur confession religieuse, leur ethnographie, leur âge, leur état civil et leur classe sociale : une lacune nous laisse ignorer leur recrutement spécial, c'est-à-dire combien sortent de la catégorie même des prostituées inscrites et combien deviennent « matrones » d'emblée. Une indication relevée plus haut nous a appris, relativement à leur état de fortune, que 129 d'entre elles exerçaient leur commerce dans des immeubles dont elles étaient propriétaires. La majorité des tenancières (57.1 0/0) appartient à la confession orthodoxe; puis viennent les Israélites (24.9), les Protestantes (6.6), les Musulmanes (4.9), les Catholiques Romaines (2.8), les Païennes (2.1) (2). les Arméniennes-Grégoriennes (1.2), et les Dissidentes (0.4).

Les tenancières orthodoxes se rencontrent dans tous les gouvernements de la Russie d'Europe et de la Sibérie, dans 9 (sur 12) gouvernements et provinces du Caucase et 5 (sur 9) provinces de l'Asie centrale. Dans les pays de la Vistule, on ne constate qu'une seule matrone orthodoxe, dans le gouvernement de Souwalky. Les dissidentes ne sont rencontrées que dans trois gouvernements de la Russie d'Europe : ce sont les moins nombreuses de toutes. Les Catholiques Romaines et les Protestantes sont signalées dans 16 gouvernements de la Russie d'Europe et de la Vistule : elles font complètement défaut au Caucase, en Sibérie et dans l'Asie centrale. Les Musulmanes tiennent des maisons publiques dans trois gouvernements de la Russie d'Europe, deux gouvernements du Caucase et trois provinces de l'Asie centrale. Les tenancières païennes tiennent des maisons dans deux provinces de la Sibérie et dans la province de Sarmacande (Asie centrale). Les tenancières israélites habitent 46 gouvernements et se rencontrent dans tous les groupes; dans quelques provinces elles sont en majorité, comme l'indique le tableau suivant :

Gouvernements.		0/0 DES TENANCIÈRES Orthodoxes.	Catholiq. romaines.	Protestantes.	Israelites.
—		—	—	—	—
Russie méridionale.	Bessarabie	21.1	—	—	78.9 0/0
	Tauride	8 3	—	—	91.7
	Kherson	16.7	—	—	83.3
Russie occidentale.	Vilna	—	7.7	—	92.3
	Vitebsk	21.1	5.3	10 5	63 1
	Volhynie	16 7	—	—	83.3
	Grodno	11.1	5 6	—	83 3
	Kovno	5 6	5.6	11.1	77.7
	Minsk	36.3	—	—	63.7
	Podolie	27.3	—	—	72 7
Gouvernements de la Vistule.	Varsovie	—	15.8	—	84.2
	Lublin	—	—	—	100.0
	Kélets	—	—	—	100.0
	Petrokow	—	—	—	100 0
	Plotsk	—	50.0	—	50.0
	Radom	—	—	—	100 0
	Souwalky	16 6	16.7	16.7	50.0
	Sedletz	—	—	—	100.0
Caucase.	Arrond. de la Mer Noire	50.0	—	—	50.0
	Erivan	33 3	—	—	66 7
Sibérie occidentale.	Tomsk	39.3	—	—	60.7

A Moscou les tenancières israélites sont dans la proportion de 4.8 0/0, à Pétersbourg de 20.6, à Kazan de 30.4.

La population de l'Empire russe présentant une grande variété au point de vue ethnographique, les tenancières appartiennent également à des nationalités très diverses. Trois nationalités fournissent les quatre cinquièmes de la totalité des matrones : ce sont les nationalités russe, 53.1 0/0, israélite 27.6, allemande 6.5 : soit 87.2 0/0 du total. Cette proportion coïncide avec celle qui vient d'être établie pour les confessions religieuses. Les 12.8 restant se partagent entre les 17 autres nationalités, les Polonaises, Sarthes, Tartares, Japonaises, Tadjiques, Géorgiennes étant les plus nombreuses parmi ces nationalités. Après viennent les Arméniennes, Esthoniennes, Imérétiennes, Lettes, Grecques, Françaises (0.2 0/0), Lithuaniennes, Bohémiennes, Finlandaises, Zyrianes, Usbèques. Nos compatriotes occupent donc le 15e rang dans cette nomenclature; elles exercent toutes dans les gouvernements de la Russie d'Europe.

Que si nous faisons la répartition des tenancières d'après leur nationalité par groupes de gouvernements, nous voyons que les proxénètes officielles des gouvernements de la Russie d'Europe appartiennent à douze nationalités : c'est là que se trouve l'effectif d'origine la plus variée : soit les nationalités russe, juive, allemande, polonaise, tatare. esthonienne, lette, grecque, française, lithuanienne, finlandaise, zyriane. Après, au point de vue de la variété, vient le Caucase où les tenancières sont russes, juives, polonaises, tatares, géorgiennes, arméniennes, imérétiennes et bohémiennes. Dans les gouvernements de la Vistule, elles sont russes, allemandes et surtout polonaises et juives; en Sibérie, russes, juives et surtout japonaises; enfin, dans l'Asie centrale, russes et juives, mais surtout sarthes, japonaises, tatares et usbèques. Les proxénètes russes et juives, en majorité dans les gouvernements d'Europe, sont répandues, comme on voit, dans l'Empire tout entier.

On sait l'importance que notre administration française attache aux qualités physiques de nos tenancières : elle ne recherche pas seulement les aptitudes morales dans ce personnel auxiliaire, elle veut des allures imposantes, un port attestant l'énergie et la force, une voix de commandement et d'autorité, enfin un âge de raison et d'expérience. Le Comité russe ne nous dit pas si la réglementation en cours dans l'Empire pose également des conditions de ce genre pour l'exercice du proxénétisme en maison, cependant il a fait établir un état des matrones par âge. De ce chef il a établi *quatre* catégories qui donnent les proportions suivantes :

Age des tenancières.		Catégories.	0/0 des tenancières.
Moins de 20 ans	0.4	jeunes	3.0
Ayant de 20 à 25 ans	2.6		
— de 25 à 30 —	9.1	d'un âge mûr	57.0
— de 30 à 35 —	20.3		
— de 35 à 40 —	27.6		
— de 40 à 45 —	16.4	au-dessus de l'âge mur	29.
— de 45 à 50 —	13.1		
— de 50 à 55 —	6.3	vieilles	
— 55 ans et plus	4.2		

Les matrones qui n'ont point atteint leur maj
sont donc en quantité négligeable, et le

(1) Voir *Progrès médical*, n° 9.

(2) Le terme *païen* employé en Russie désigne la partie de la population qui n'est ni chrétienne, ni israélite, ni mahométane. Ce sont des chamanistes, des fétichistes, des adonnés à la sorcellerie. Certaines statistiques nous rangent aussi sous ce nom les bouddhistes. Dans la Russie d'Europe on
En Sibérie, ils sont beaucoup plu
Kamtchadals, Tougouses, etc. (V.
Julien Vinson, p. 183).

praticiennes est fourni par la catégorie de celles qui ont atteint l'âge mûr.

L'état civil de mariage ne constitue point un vice redhibitoire : les matrones mariées constituent près des deux tiers de l'effectif :

Etat civil.	0/0 des tenancières.
Filles	17.0
Mariées	57.5
Veuves	20.1
Divorcées	5.4
	100.0

Enfin, le Comité relève avec une satisfaction visible les résultats de l'enquête au point de vue de l'origine sociale des proxénètes mis en lumière par le tableau ci-dessous.

Classes sociales.	0/0 des tenancières.
Nobles et filles d'employés	3.1
Filles de membres du clergé	—
Marchandes et bourgeoises honoraires	1.8
Bourgeoises	47.5
Paysannes	20.5
Femmes de soldats	19.0
Sujettes étrangères	3.5
Autres classes	4.6
	100.0

Les bourgeoises, paysannes et femmes de soldats composent ainsi 87 0/0, soit plus des quatre cinquièmes du total. « Il résulte de ces données, conclut le Comité, que les matrones des maisons de tolérance appartiennent en grande majorité aux classes inférieures de la société. »

§ IV. — *Les femmes soumises à la police des mœurs. Leur confession religieuse. Leur ethnographie. — Rapport du nombre des prostituées exerçant dans leur pays d'origine à l'effectif total des prostituées de l'Empire. — Que quatre nationalités dominent dans cet effectif total : les Russes, Polonaises, Juives, Allemandes. — Leur âge : intérêt de cette donnée rapprochée de la classe sociale des femmes, de leur degré d'instruction, de la date de leur initiation à la vie sexuelle, etc. — Répartition des femmes d'après leur âge, en maison et en carte ; id. dans les divers gouvernements. — Que les jeunes filles et les jeunes femmes de 15 à 25 ans constituent l'immense majorité du personnel des femmes inscrites.*

Le classement des femmes inscrites par la police a été établi dans sa première partie sous les mêmes rubriques que celui des tenancières, confession religieuse, nationalité, âge, etc. ; puis viennent des indications spéciales à la condition même de la prostituée et plus susceptibles d'en éclairer la physiologie et la psychologie particulières.

Au point de vue de la confession religieuse, les prostituées orthodoxes figurent le nombre le plus élevé, dans tout l'Empire, 67 0/0, aussi bien dans les gouvernements de la Russie d'Europe (78.3 0/0) qu'en Sibérie (80.0 0/0) et dans le Caucase (84.6). Au Caucase plus du vingtième des femmes inscrites appartiennent à la confession arménienne-grégorienne. Dans les gouvernements de la Vistule (Pologne) elles sont en grande majorité (75.7) catholiques romaines et israélites (16.00). Dans l'Asie centrale, les mahométanes sont en majorité. Notons qu'il se trouve des musulmanes et des protestantes dans tous les pays de l'Empire, en Asie, au Caucase, comme dans les gouvernements d'Europe.

...point de vue de l'ethnographie, l'effectif total des ...s inscrites (17.603) se recrute dans 46 nationalités. ...ionalités indigènes, il faut joindre, en dehors des ...s, les femmes appartenant aux nationalités ...vantes : les japonaises, moldaves, suédoises, ... grecques, bohémiennes, tchèques, rou...res, serbes, turques, danoises, ...pagnoles et françaises, enfin les ...és les plus variées se rencontrent dans la Russie d'Europe : il n'y a guère que les Sarthes, les Tatares, les Japonaises, les Tadjiques, les Imérétiennes, les Arabes, les Lesghiennes, les Kalmoukes, les Ossètes, les Persanes, les Kurdes, les Yakoutes qui ne s'y trouvent pas ; mais on y rencontre des Samoïèdes et les femmes de couleur (ces dernières surtout isolées). Dans les gouvernements de la Vistule (Pologne) le personnel des prostituées est à peu près exclusivement constitué par les Russes, les Polonaises et les Israélites, puis par les Allemandes, les Bohémiennes et les Françaises. Au Caucase, les nationalités sont, comme dans la Russie d'Europe, très variées ; il en existe 23. Outre les Russes, les Polonaises, les Israélites et les Allemandes, nous relevons les Tatares, les Géorgiennes, les Arméniennes, les Suédoises, les Imérétiennes, les Lesghiennes, les Grecques, les Bohémiennes, les Mingrèliennes, les Ossètes, les Persanes, les Bulgares, les Kurdes, les Serbes, les Abkhases : les femmes de l'Europe occidentale ne sont représentées que par les Suissesses (ces dernières surtout en maison). En Sibérie, il n'existe plus que 11 nationalités qui (entre les quatre nationalités constantes dans tout l'Empire, Russes et Polonaises, Juives et Allemandes) sont les Lettes, Tatares, Japonaises, Bohémiennes, Kalmoukes, Kirghizes, et Yakoutes. Dans l'Asie centrale — outre les quatre nationalités de fondation — on trouve des femmes Kurdes, Persanes, Kirghizes et Kalmoukes, Arabes, Tadjiques, Arméniennes, Géorgiennes, Usbèques et Tatares. Il eût été intéressant de connaître les chiffres *absolus* se rapportant à chacune de ces nationalités pour chacun de ces gouvernements : on eût pu se rendre compte ainsi du nombre de celles qui exercent la prostitution dans leur pays d'origine, appartiennent en un mot à la nationalité locale, et du nombre de celles qui, plus ou moins volontairement, changent de région pour se prostituer ou sont réduites à le faire grâce aux vicissitudes d'une vie non sédentaire. Le Comité n'a donné comme indication sur cette importante question que des chiffres *proportionnels* qu'il a d'ailleurs placés non dans l'étude concernant les femmes elles-mêmes mais au chapitre concernant la répartition territoriale des maisons publiques (1) ; le lecteur devra donc s'en contenter.

Ce premier tableau indique (pour tout l'Empire et chaque groupe de gouvernements), la proportion des femmes pratiquant la prostitution : 1° dans leur pays d'origine ; 2° dans d'autres gouvernements ; 3° la proportion des étrangères :

	FEMMES PRATIQUANT LA PROSTITUTION.		
	Dans leurs gouv. d'origine.	Dans d'autres gouvernements	Etrangères.
Dans tout l'Empire.	50.5 0/0	46.4	3.1 0/0
Dans les 50 gouv. de la Russie d'Europe	51.0	46.5	2.5
Dans les gouv. de la Vistule	59.9	36.8	3.3
Au Caucase	29.5	69.5	1.0
En Sibérie	53.4	28.7	17.9
En Asie centrale	42.0	57.9	0.1

On voit donc que dans tout l'Empire, comme dans les gouvernements de la Russie d'Europe, de la Vistule et en Sibérie, le nombre des femmes habitant leur pays d'origine représente plus de la moitié de l'effectif total des prostituées. C'est dans les gouvernements de la Vistule qu'elles sont relativement les plus nombreuses, 59 0/0, puis en Sibérie, 53.4 0/0. Le nombre le moins élevé se rapporte au Caucase 29.5 0/0. La plus forte proportion d'étrangères se trouve en Sibérie, japonaises, allemandes, bohémiennes, israélites (17.9 0/0), puis dans les gouvernements de la Vistule, Françaises, Bohémiennes, Allemandes, Israélites (3.3 0/0). Dans l'Asie centrale, en dehors des Allemandes et des Juives, l'élément étranger est surtout représenté par les Persanes (ces dernières surtout en maison), mais sa proportion est très faible, 0.1 0/0. Ces rapports entre les femmes exerçant dans leur pays d'origine, dans d'autres

(1) P. 8 et 9. *Rapp. d'enquête.*

gouvernements et les étrangères varient considérablement si l'on les classifie dans ce second tableau, d'après la catégorie d'exercice, en carte et en tolérance :

FEMMES PRATIQUANT LA PROSTITUTION.

	EN MAISON.			EN CARTE.		
	Dans leurs gouvern. d'origine.	Dans d'autres gouv.	Etrang.	Dans leurs gouvern. d'origine.	Dans d'autres gouv.	Etrang.
Dans tout l'Empire . . .	17.1	25.4	2 0	33 4	21.1	1.0 0/0
Dans les gouv. d'Europe.	19.2	26.5	1 6	31.9	19.9	0.9
Dans les gouvernements de la Vistule.	5 2	9.2	0.6	54.7	27.5	2.8
Au Caucase.	19.8	46.6	0.6	18.7	22 9	0 4
En Sibérie.	24 7	18.5	0.6	28 7	10 2	0.0
Dans l'Asie centrale. . .	15.4	25.9	17.9	25.9	30.7	0.1

Dans toutes les parties de l'Empire, excepté la Sibérie, on rencontre donc dans les maisons publiques des femmes venant pour la plupart d'autres gourvernements : au contraire, les femmes en carte habitant leur pays d'origine sont en majorité partout, sauf au Caucase et dans l'Asie centrale. On peut également constater que partout, excepté dans les gouvernements de la Vistule et dans l'Asie centrale, les prostituées étrangères sont surtout dans les maisons publiques : les prostituées françaises sont fréquemment en maison dans la Pologne (1). Les étrangères sont, au contraire, presque exclusivement dans les maisons publiques en Sibérie.

S'attachant plus particulièrement aux quatre nationalités qui sont les plus nombreuses et qu'on retrouve partout, les Russes, Polonaises, Juives et Allemandes, la commission d'enquête montre également que le rapport diffère entre les femmes en maison et les femmes en carte. Ainsi les Russes dominent parmi les filles en carte dans les gouvernements de la Russie d'Europe, de la Vistule et dans l'Asie centrale; elles dominent parmi les filles de tolérance au Caucase et en Sibérie. Les Polonaises en carte sont en majorité dans les gouvernements de la Vistule et en Sibérie ; en maison les femmes de cette nationalité sont les plus nombreuses dans les gouvernements de la Russie d'Europe et au Caucase ; dans l'Asie centrale, il n'existe pas une seule Polonaise en carte. Les Juives en maison, sont représentées par le chiffre le plus élevé dans les gouvernements de la Russie d'Europe, au Caucase et en Sibérie ; dans les gouvernements de la Vistule, les Juives en carte sont en plus grand nombre, et dans l'Asie centrale les deux catégories fournissent des chiffres égaux. Quant aux prostituées allemandes en maison, leur proportion est la plus forte dans les gouvernements de la Russie d'Europe et au Caucase ; en carte les femmes de cette nationalité sont en majorité dans les gouvernements de la Vistule, en Sibérie et dans l'Asie centrale ; dans l'Asie centrale il n'existe toutefois pas de femmes allemandes en tolérance.

L'étude des femmes soumises à la police des mœurs présente, au point de vue de l'âge, un intérêt social capital, si on la fait suivre, comme l'a du reste fait d'une façon originale et neuve le Comité de statistique, de données sur la classe sociale, l'instruction, la date de l'initiation à la vie sexuelle, etc.

Sur le chiffre global de 17.603 inscrites, il existe 69.9 0/0 de femmes jeunes, c'est-à-dire, d'après la classification même du Comité, ayant 25 ans et moins ; les prostituées de maison de cette catégorie forment 80.7 0/0 et celles en carte 61.3 0/0. Les jeunes femmes en carte sont donc un quart environ moins nombreuses (19 4 0/0) que leurs congénères internées en tolérance. Le Comité n'a malheureusement point approfondi cette question des jeunes prostituées, que nous appelons en France la question des *mineures* : ici des chiffres absolus eussent été précieux ; il se contente de donner quelques chiffres proportionnels sous lesquels se cachent évidemment des faits très suggestifs. C'est ainsi que nous voyons qu'il existe des prostituées inscrites de moins de quinze ans ailleurs qu'en Asie :

AGE des jeunes filles	TOTAL PROPORTIONNEL 0/0 inscrites.		en maison.		en carte.	
15 ans et au-dessous .	0.3		0.2		0.3	
de 15 à 16 ans	1.3		1.3		1.4	
16 à 17 ans	3.5		4.4		2.8	
17 à 18 ans	6.9	69.9	8.7	80.7	5.4	61.3
18 à 19 ans	8.8		11.3		6.8	
19 à 20 ans	10.8		13.1		9.1	
20 à 25 ans	38.3		47.7		35.5	

Les prostituées d'un « âge mûr, soit de 25 à 40 ans, représentent 28.8 0/0 du total général ; 19.2 vivent dans les maisons publiques et 36.6 0/0 en carte : ainsi à l'encontre des jeunes filles, les femmes mûres sont près de deux fois plus nombreuses à l'état de demi-liberté qu'en tolérance.

Les prostituées au-dessus de l'âge mûr, « âge moyen », de 40 à 50 ans, et les « vieilles » au-dessus de 50 ans sont en nombre insignifiant. Ici le Comité donne les chiffres absolus : on en compte en tout 214 ou 1.3 0/0 ; les filles en carte forment un total de 207 ou 2.1 0/0. Les maisons de tolérance de l'Empire entier n'en renferment que 0.1 0/0 — soit 7 ! — exclusivement internées dans les établissements de la Russie d'Europe et de l'Asie centrale, et ne dépassant point toutefois la cinquantaine.

Il résulte donc de ces données numériques que l'édifice prostitutionnel repose presque en entier sur les jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 25 ans cantonnées dans les maisons publiques. Le Comité explique d'un mot cette situation par l'inexpérience et le manque de ressources de cette catégorie de femmes, par l'expérience nécessaire plus grande pour mener la vie d'isolée qu'il considère comme « des plus précaires, » enfin par « l'âpreté au gain des matrones ; » il nous paraît qu'il eût mieux dit en ajoutant — la latitude donnée administrativement au libre exercice du proxénétisme patenté.

La répartition des femmes inscrites d'après leur âge dans les divers gouvernements donne les résultats suivants. En rapport avec les indications numériques immédiatement ci-dessus, les jeunes filles en maison sont en immense majorité dans les tolérances de la Russie d'Europe (80.2 0/0 des prostituées), du Caucase (84.0), de la Sibérie (86.5), des gouvernements de la Vistule (88.1, *chiffre maximum* de toutes les répartitions en tolérance et en carte pour tous les gouvernements de l'Empire). La plus faible proportion des inscrites jeunes se rapporte — contrairement aux prévisions — aux provinces de l'Asie centrale, où les maisons en renferment 70.2 0/0, tandis que les filles en carte représentent 52 0 0. Les filles jeunes en carte atteignent également la proportion la plus élevée dans la Vistule, 60.5 0/0, au Caucase 62.4, dans la Russie d'Europe 62.9, en Sibérie 74.4. — Le nombre proportionnel des prostituées d'âge mûr (25 à 40 ans) descend de moitié et même des deux tiers, rapporté aux chiffres relatifs aux jeunes filles soumises. C'est dans les provinces de l'Asie centrale que l'on constate le nombre le plus élevé des femmes de cette catégorie, soit 29.5 pour celles des tolérances et 45.6 pour les isolées. Pour les femmes en carte et en maison dans les autres pays, les nombres proportionnels se répartissent comme il suit : dans la Russie d'Europe, en maison 19.7, en carte 35.4 ; dans la Vistule, 11.9 et 35.5 : au Caucase, 16.0 et 35.7 ; en Sibérie 13.5 et 22.6. — Les prostituées de 40 à 50 ans en maison sont en nombre insignifiant, nous l'avons vu. En carte, elles sont partout en chiffres très restreints, dans la Russie d'Europe, au Caucase, en Asie centrale, la proportion est 1.6 0 0 ; dans la Vistule, elle monte à 3.8 et en Sibérie à 2.7 0/0. — Passé cinquante ans les prostituées sont toutes en carte : dans tous les pays de l'Empire la classe des isolées en compte. C'est même en Asie qu'on ne trouve la proportion la plus élevée, 0.4 0/0.

§ V. — *Les filles soumises à la police des mœurs* (suite). — *Que les milieux paysan, bourgeois et militaire* (soldats) *fournissent presque exclusivement en Russie les filles soumises. — Situation de fortune familiale des filles avant leur inscription. — Etat civil des*

(1) *Rapp. d'enquête*, p. 24 25.

filles soumises. — De leur maternité; statistiques. — Discussion relative à leur mortalité. — De la famille des filles soumises; orphelines, etc. — De leur degré d'instruction. — De leur profession et métier avant l'inscription.

Nous avons souligné la satisfaction notable avec laquelle le Comité montrait que « les matrones des maisons de tolérance appartenaient en grande majorité aux classes inférieures de la société », c'est-à-dire étaient bourgeoises, marchandes, paysannes et femmes de soldats. C'est avec la même satisfaction que le même Comité peut considérer le recrutement même des femmes inscrites qui en grande masse appartiennent également « à ces classes inférieures. » Le tableau succinct ci-dessous dans lequel nous ferons figurer pour rapprochement utile les émanciées montre que le principal contingent des femmes inscrites est formé par les paysannes, les bourgeoises et les filles de soldats qui ensemble forment plus des neuf dixièmes de l'effectif du personnel total.

CLASSES SOCIALES.	0/0 des MATRONES	0/0 des FEMMES INSCRITES en maison.	en carte.	total.
—	—	—	—	—
Paysannes.	20.5	48.2	48.3	47.5
Bourgeoises	47.5	37.3	35.4	36.3
Femmes et filles de soldats .	19.0	5.1	8.4	7.2
Autres classes	4.5	3.	4.9	4.7
Sujettes étrangères. . . .	3.5	2.7	0.4	1.5
Nobles et filles d'employés .	3.1	1.8	1.8	1.8
Marchandes et bourgeoises notables	1.8	0.5	0.4	0.5
Filles de membres du clergé.	0.0	0.5	0.4	0.5

On voit d'abord que les filles des membres du clergé, qui ne fournissent aucun contingent au corps des matrones, figurent parmi les prostituées; un article du même règlement qui les accepte sur les registres d'inscription leur refuse-t-il l'octroi de la tolérance? Il apparaît ensuite qu'il faut un certain degré de culture pour devenir maîtresse de tolérance puisque à elles seules les bourgeoises jointes aux « bourgeoises notables » aux filles de nobles et d'employés fournissent 52.4 0/0 des matrones, tandis que les classes plus inférieures, si nous osons nous exprimer ainsi, les paysannes, les femmes et filles de soldats, ne fournissent que 39.5. On nous permettra de regretter encore, à propos de ce tableau, que le Comité n'ait pas davantage marqué les traits qui unissaient les matrones et les prostituées, en indiquant combien de matrones sortaient de la classe même des femmes inscrites. Il apparaît enfin que la police des mœurs pèse exclusivement sur les couches populaires, de même que la prostitution publique tire presque exclusivement ses recrues de ces mêmes couches, quand on note que les paysannes seules réunies aux femmes et filles de soldats fournissent plus de la moitié du personnel inscrit total, soit 54.7 0/0; les autres classes sociales en y comprenant jusqu'aux sujettes étrangères vraisemblablement aussi d'extraction populaire ne fournissent que 15.1 0/0 de ce même personnel.

Si l'on considère la situation de fortune dans laquelle se trouvaient les femmes avant d'être couchées sur les registres de la police, on voit que ce fait social est absolument conforme par les statistiques parallèles, bien qu'à vrai dire une situation de fortune avantageuse ne soit pas nécessairement liée aux positions sociales plus relevées que celles des paysans, par exemple. Sur 100 prostituées inscrites, environ 84, plus des quatre cinquièmes, sortent de familles pauvres, 16 de familles aisées, 1 de famille riche.

Quel est l'état civil des prostituées inscrites? dans quelle proportion sont elles célibataires, mariées, veuves ou divorcées?

Sur 100 prostituées la proportionnalité donne 83.7 célibataires, 9.5 mariées, 4.1 veuves, 2.9 divorcées. Ces diverses catégories se répartissent ainsi dans les deux classes des femmes en maison et en carte: en maison, sur 100 pensionnaires, il y en a 89.3 célibataires; en carte sur 100 isolées, il n'y a plus que 79.2 célibataires; en maison, sur 100 pensionnaires, il y a 6.0 femmes mariées, 2.6 veuves, 2.1 divorcées; en carte, sur 100 isolées, il y a 11.9 femmes mariées, 5.4 veuves, 3.5 divorcées. On voit que, dans les maisons de tolérance comme à l'état d'isolées, ce sont les célibataires qui dominent; la catégorie des prostituées en carte comprend principalement des veuves, des divorcées et surtout des femmes mariées. Nous avons déjà fait remarquer que les prostituées jeunes sont plus nombreuses en maison qu'à l'état d'isolées : il y a connexité entre cette donnée et celle qui ressort de l'état civil.

De l'état civil des prostituées, on doit rapprocher les statistiques concernant leur maternité. On connaît l'allégation *a priori* souvent émise que la prostituée — n'étant pas une femme comme les autres — devient stérile par la condition même de la prostitution. Parent-Duchâtelet le premier, après lui Lasègue, Mantegazza, Roubaud ont contredit cette assertion dépourvue d'ailleurs de toute espèce de preuves statistiques et physiologiques (1). La vérité au contraire est que, malgré les *modi faciendi* connus employés par toutes les femmes qui veulent rendre une approche stérile, les prostituées sont, à cause même de la variété des hommes, plus susceptibles que les autres femmes de devenir grosses; ce qui a causé l'erreur des écrivains sur ce sujet c'est qu'ils ont constamment confondu l'*impotentia gestandi* avec l'*impotentia concipiendi*. Sans doute le taux des femmes *stériles* dans l'état de mariage est inférieur au taux des femmes *sans enfants* à l'état prostitutionnel, mais la véritable cause d'infécondité apparente chez ces dernières tient uniquement aux innombrables avortements des prostituées dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, avortements qui sont le résultat naturel des rapprochements sexuels incessants, des spasmes vulvo-utérins singulièrement défavorables à l'implantation ovulaire.

Quoi qu'il en soit, le Comité a réuni les chiffres proportionnels ci-dessous sur la maternité des prostituées russes. Il est regrettable qu'il n'ait point fait de classement d'après les groupes ethniques. Sur 100 prostitués célibataires, 87.2 sont sans enfants, 12.8 ont des enfants; sur 100 prostituées mariées, 66.5 ont des enfants, 33.5 n'en ont pas; sur 100 prostituées veuves 64.5 ont des enfants, 35.5 n'en ont pas; enfin sur 100 prostituées divorcées 70.1 ont des enfants et 29.9 n'ont pas d'enfants. En résumé, le total de celles qui ont des enfants se décompose comme suit au pourcentage: célibataires mères 56 0/0; femmes mariées 18.7, veuves 24.4; divorcées 18.2. Ces indications pour être complètes auraient dû sinon faire la distinction absolue pour toutes les catégories entre la fécondité de ces femmes antérieure ou postérieure à l'inscription (distinction à laquelle Lasègue n'attachait aucune importance, la formalité de l'encartement n'indiquant point un changement dans la vie sexuelle de la femme), mais du moins donner le chiffre des enfants naturels des prostituées veuves et divorcées. L'âge des mères, quel que fût leur état civil, et le nombre des enfants naturels et légitimes eussent été également utiles à connaître.

Quant à la répartition des prostituées mères selon la classe, en maison ou en carte elle ne nous paraît avoir

(1) *Sur la prétendue stérilité involontaire des femmes ayant exercé la prostitution*; par L. F[illegible] (Carré, Paris, 1892). — Vide contra l'intéressante *étude anthropométrique* de Mme le Dr Pauline Tarnowsky, sur *les prostituées et les voleuses* (Chap. VII. [illegible] de la [illegible] les prostituées comme [illegible] de dégénérescence physique, p. 54-62 (Biblioth. du *Progrès médical* et [illegible], 1889). — [illegible] Mme Tarnowsky, poussant à l'extrême le système de Lombroso et assimilant les prostituées à des criminelles, donne à l'exception, une place trop grande dans le fait social de la prostitution. C'est [illegible] 150 prostituées enregistrées à Pétersbourg et de [illegible], quand [illegible] au [illegible] Mme Tarnowski publiait son étude (1889), il en existait 584 en maison (1), et 1.647 en chambres [illegible] un total de 2.231

d'intérêt précisément que comme élément indirect d'information relativement à l'âge des femmes ayant des enfants: les prostituées n'ayant pas eu d'enfants, c'est-à-dire les plus jeunes (1), étant plus nombreuses en maison (87.9 0/0) que celles de la même catégorie qui sont en carte (80.6).

Le Comité a consacré quelques lignes à la parenté des prostituées. L'absence de parents ou l'existence de certains parents, l'orphelinat, la charge d'une jeune et nombreuse famille peuvent, de part et d'autre, figurer parmi les causes complexes de la prostitution d'une jeune fille : un isolement complet, de mauvais exemples, l'élevage de jeunes frères et sœurs en bas âge, la nécessité de soutenir des vieillards expliquent, pour des raisons diverses, bien des chutes. Le jour même de l'enquête, sur 100 prostituées, 3.6 seulement avaient leur père et mère, 3.2 étaient orphelines de mère, 5.7 orphelines de père, 20.5 avaient des frères et sœurs adultes, 0.6 avaient des frères et sœurs en bas âge, 0.8 des proches parents, 47.5 seulement des parents éloignés, enfin 18.5 (près d'un cinquième) étaient sans aucune famille. Il nous paraît, à propos de la parenté des prostituées, que le chiffre considérable de celles qui étaient privées de leurs ascendants directs eût dû provoquer les recherches du Comité sur l'âge et la nature des maladies auxquels avaient succombé ces ascendants : il y avait là une occasion d'éclaircir la question controversée de l'hérédité morbide chez les prostituées, l'alcoolisme, la phtisie, les maladies mentales chez les ascendants constituant autant de causes de la transmission de tares héréditaires. En France, les travaux de Morel, Motet, Lancereaux, Legrand du Saulle, Magnan, Bourneville, Dejerine et Ch. Ferré; en Belgique, ceux de Lentz; en Allemagne, ceux de Magnus Huss; en Russie, même, ceux de J. Mierzejewski et Minor pouvaient servir de guide. Il était vraisemblablement trop difficile d'obtenir de ce chef des renseignements d'une précision valable. Le Comité a également omis d'indiquer les chiffres absolus et proportionnels des prostituées qui sont des enfants naturels.

L'étude du degré de culture intellectuelle des prostituées confirme les résultats de l'enquête sur leur position sociale et leur extraction ; ces données marchent de pair. Sur 100 prostituées inscrites, 78 sont *dépourvues de toute espèce d'instruction*, 5 savent seulement lire et écrire, près de 14 ont reçu leur instruction dans des établissements scolaires uniquement destinés aux classes populaires, les écoles primaires, les asiles et les écoles de métiers; le reste, 3 environ, a reçu son instruction dans les gymnases, progymnases, instituts et autres établissements d'éducation où les jeunes filles sont internes. En dépit de l'opinion émise par le Comité, ces données ne varient pas sensiblement selon les groupes de gouvernement : partout, dans la Russie d'Europe, dans les pays de la Vistule comme au Caucase, en Sibérie et dans l'Asie centrale, les prostituées absolument illettrées sont en énorme majorité; dans la Russie d'Europe et la Vistule si la proportion des illettrées pour cent oscille de 76.4 à 79.7, elle est un peu plus forte dans les régions hors d'Europe, de 84.4 à 94.9; mais, on le voit, l'absence de culture chez la prostituée est la règle commune. D'autre part, qu'il s'agisse de la Russie d'Europe ou de l Asie centrale, les prostituées qui ont reçu de l'instruction dans leur enfance sortent presque exclusivement des établissements d'éducation populaire, la proportion de celles qui sortent d'établissements plus relevés étant de 1 à 1.5 pour la Russie d'Europe, la Pologne, et descendant de 0.9 à 0.7 pour le Caucase, la Sibérie et l'Asie. Il est toutefois une observation intéressante qui n'a point échappé au Comité de statistique et de laquelle on peut déduire que pour sauver ces jeunes filles de l'état prostitutionnel, l'instruction pure et simple ne suffit pas, mais qu'il faut y joindre un enseignement moral et des moyens pratiques d'existence par le travail : le Comité a fait remarquer, précisément à propos de la Pologne où la proportion des prostituées sachant lire et écrire est beaucoup plus forte (7.5) que dans la Russie d'Europe (5.0), que dans une localité donnée la proportion de ces prostituées relativement cultivées est en corrélation avec le degré d'instruction primaire donnée dans cette localité (1).

L'énumération des professions auxquelles se livraient plus ou moins assidûment avant leur inscription les 17,603 prostituées réparties dans l'empire est relativement courte rapprochée de celle donnée par certains auteurs pour d'autres pays (notamment par Parent-Duchâtelet qui compte 93 professions exercées par les seules inscrites parisiennes). Le Comité a pensé avec raison que l'indication générale d'ouvrières de fabrique, de couturières et de journalières était suffisante et supprimait des répétitions.

Sur 100 prostituées, ce sont les servantes qui fournissent le plus fort contingent, 45.0 de l'effectif total; puis viennent les filles qui vivaient en famille ou chez des parents plus ou moins éloignés, 22.3; la classe spéciale des lingères, couturières a fourni 8.4 0/0; celle des ouvrières de fabrique, 3 7; celle des femmes entretenues, 2.0; blanchisseuses, 1.4; gouvernantes et bonnes, 1,3; marchandes, boulangères et autres, 1.3; femmes vivant du travail de leur mari, 1,7; exerçant différents métiers, 1.6; différentes professions, 1.1; cigarières, 0.7; chanteuses, écuyères, saltimbanques et autres artistes. 0.3; 6 4 pour cent étaient sans profession déterminée. Au demeurant, vivaient dans leur famille, avec leur mari ou de leur travail, comme servantes, couturières, lingères, ouvrières de fabrique et journalières de tout genre, 83.8 0/0 du total effectif; les autres professions comptent pour 17.2 0/0.

(*A suivre*).

(1) La proportion des filles en maison ayant eu des enfants égale 7.0 0/0, elle monte à 9.1 pour les filles en carte.

(1) Dans le gouvernement de la Vistule (Pologne), en 1880, sur 1.000 fillettes en âge d'aller à l'école, 67 ont fréquenté les établissements d'instruction primaire; dans la Russie d'Europe, la même année, sur 1.000 fillettes du même âge, 30 seulement allaient à l'école. (*Annuaire de statistique de l'Empire*, Série III, Fasc. I. — Edit. du Comité central).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les glandes vasculaires sanguines: leur rôle pendant la croissance.

Sous ce titre, M. Lancereaux a publié dans la *Semaine médicale* du 18 janvier (p. 25) une leçon intéressante. Il rappelle que les glandes vasculaires sanguines: corps thyroïde, thymus, rate, capsules surrénales et glande pituitaire, sont des organes des premières années de la vie; que certaines d'entre elles cessent de s'accroître après la naissance et s'atrophient à partir de la fin de la *période de croissance*. Il estime, en conséquence, qu'elles jouent un certain rôle dans l'accroissement de l'individu et que là est leur principale fonction. Puis il décrit le myxœdème opératoire (1) et rapporte l'observation d'un enfant de 11 ans, intelligent, portant une tumeur de la glande thyroïde. Cette glande ayant été enlevée, l'enfant devint inintelligent et offrit bientôt tous les signes du myxœdème ou de la cachexie pachydermique. Puis, M. Lancereaux ajoute :

« Ce fait, qui laisse dans l'esprit une impression des plus pénibles, présente, au point de vue de la fonction de la glande thyroïde, une importance des plus grandes. Il démontre, de la façon la plus nette, le rôle que joue cette glande dans la croissance en général et dans le développement du cerveau en particulier. Aussi toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'un enfant dont le cerveau sera incomplètement développé, devrez-vous songer à la possibilité, non seulement d'une altération de cet organe, mais encore à l'absence du corps thyroïde, ainsi que je vous en ai donné un exemple il y a quelques jours. Il s'agissait d'un garçon de 14 ans n'ayant aucun signe de puberté, et qui, indépendamment du peu de développement

(1) Voir *Archives de Neurologie*, 1886, t. XII, p. 353.

de ses facultés intellectuelles, était pris de temps à autre de crises épileptiformes. Je commençai par examiner le crâne qui était fort peu développé et, après avoir reconnu que le cerveau était la cause vraisemblable de l'insuffisance cérébrale et des crises convulsives, je voulus la contre-épreuve et j'examinai, avec grand soin, la région du cou pour savoir si la glande thyroïde ne faisait pas défaut ; il importe que vous sachiez, en effet, que certains arrêts de développement de l'encéphale peuvent tenir uniquement à une lésion ou mieux à l'absence de cette glande. »

Après avoir insisté sur le rôle du thymus et de la rate sur la nutrition, sur la croissance, M. Lancereaux termine ainsi en ce qui concerne la *glande thyroïde :*

« La conclusion à tirer de ces faits est donc des plus importantes, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue clinique. Vous êtes frappés comme moi du rôle considérable que joue la glande thyroïde dans l'accroissement de notre corps et le développement de nos facultés, puisque l'extirpation de cette glande suffit à arrêter cet accroissement et à annihiler les facultés mentales. Il ne peut donc y avoir le moindre doute sur l'importance fonctionnelle de cette glande, pas plus que sur celle de la rate. Mais, indépendamment de cette propriété, la glande thyroïde, sinon les nerfs qui s'y distribuent, exerce encore une influence sur la sécrétion urinaire, sur la température, et vraisemblablement aussi sur l'hématose, de telle sorte qu'il y a des recherches intéressantes à faire sur l'absorption de l'oxygène et sur les combustions, à la suite de l'ablation de cette glande. Ces derniers désordres, en effet, s'observent chez toutes les personnes privées de leur glande thyroïde, tandis que les premiers ne se voient que chez les individus jeunes, dans la période d'accroissement, comme si l'arrêt de développement se trouvait subordonné, dans une certaine mesure, au trouble de la nutrition générale. Les altérations de la rate, comme celles du corps thyroïde, sont suivies d'effets différents, suivant l'âge où elles surviennent. Dans le jeune âge elles s'opposent au développement complet de certains organes, et particulièrement des organes génitaux et sont suivies d'une profonde anémie ; à un âge plus avancé, elles donnent naissance à ce dernier symptôme et à quelques autres lui faisant cortège. »

Dans nos déjà nombreux travaux sur l'*idiotie myxœdémateuse* (1), nous avons eu l'occasion de signaler les hypothèses émises par Curling et Hilton Fagge sur le rôle de la glande thyroïde au point de vue de « l'assimilation. » En ce qui nous concerne, c'est surtout dans notre mémoire à l'*Association française pour l'avancement des Sciences* (Session de 1889), mémoire reproduit dans le *Progrès médical* (1890, p. 513, etc.) et dans notre *Compte rendu du service des enfants* de Bicêtre pour 1889 (p. 106), que nous avons exposé notre opinion sur le *rôle de la glande thyroïde au point de vue de la nutrition*. Le passage que nous reproduisons montre que l'opinion de M. Lancereaux, dans son ensemble, est tout à fait semblable à la nôtre, émise trois ans plus tôt.

« Le fait qui domine la situation c'est, disions-nous, l'*absence de la glande thyroïde*. C'est à lui que nous rattachons non seulement l'idiotie, mais encore les modifications de la voix, les manifestations scrofuleuses, les déformations rachitiques, la persistance de la fontanelle antérieure, le nanisme, etc. D'où il résulte que la glande thyroïde exercerait une action très importante sur la *nutrition* générale et en particulier sur celle du cerveau, dont les circonvolutions ont un aspect gélatiniforme rappelant celui du cerveau des nouveau-nés.

« Le défaut d'action de la glande thyroïde se traduit, pour le système osseux, par la persistance de la fontanelle antérieure, le nanisme et les déformations rachitiques (rachis, thorax, os des membres). En ce qui concerne la peau et le tissu cellulo-adipeux, elle se manifeste par des éruptions diverses, une coloration toute particulière, le relâchement des anneaux ombilicaux et inguinaux, une diminution de la fonction sudorale, un état de mollesse spéciale et une hypertrophie du tissu adipeux, surtout dans certaines régions.

« Le rôle capital que nous faisons jouer à l'absence de la glande thyroïde trouve un appui dans la constatation, à l'autopsie des adultes atteints de cachexie pachydermique, de lésions sérieuses de la glande thyroïde et dans l'apparition de tous les symptômes de la cachexie pachydermique chez les sujets auxquels on a pratiqué la thyroïdectomie complète (myxœdème opératoire). Si dans le myxœdème des adultes et le myxœdème opératoire, on n'observe pas des symptômes physiques et intellectuels aussi accusés que ceux qu'offrent les idiots myxœdémateux, c'est que la lésion pathologique (cachexie pachydermique des adultes) ou l'opération chirurgicale (myxœdème opératoire) interviennent alors que le corps s'est développé, que les circonvolutions cérébrales ont atteint leur volume normal et leur conformation régulière. »

Nous aurons prochainement l'occasion de revenir sur le rôle des glandes vasculaires sanguines et de faire connaître les documents nombreux que depuis longtemps nous avons recueillis. BOURNEVILLE.

(1) Après avoir paru dans le *Progrès medical* et dans les *Archives de Neurologie*, etc., ils ont été réimprimés dans nos *Comptes-rendus* de Bicêtre pour 1880 p. 16 ; — 1886, p. 104 ; — 1888, p. 3 ; — 1889, p. 51-112 et p. 172-184 ; — 1890, p. 206-228 ; — 1891, p. 34.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 février 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LACAZE-DUTHIERS.

M. BUTTE. — *De l'urée du sang dans l'éclampsie. Déductions pronostiques.* — De l'examen de 12 observations, il résulte que dans les cas heureux il y a constamment une accumulation d'urée dans le sang, tandis que dans les cas mortels, sauf une seule fois où l'urée se trouve en grand excès, le poids de cette substance s'éloigne très peu de la normale. Si, comme beaucoup d'auteurs l'admettent, l'éclampsie est due à une auto-intoxication par suite d'insuffisance rénale, on devrait constater comme dans les cas d'urémie une accumulation énorme d'urée dans le sang, dans les formes graves de la maladie. Mais les recherches de Jurgens et de Pilliet ont démontré la constance des altérations anatomiques dans le foie des éclamptiques. On peut s'expliquer les variations de l'urée en admettant que, dans les cas mortels, les altérations hépatiques sont tellement intenses qu'elles peuvent rendre la glande incapable de former l'urée en aussi grande quantité qu'à l'état normal, de telle sorte que bien que le rein n'élimine qu'un faible poids de cette substance, il ne s'en produit pas en assez fortes proportions pour qu'elle se trouve en excès dans le liquide sanguin. Au contraire, dans les cas peu graves, où l'altération du foie n'est pas suffisante pour amener la mort, l'urée continue à être formée par cette glande et s'accumule dans le sang par suite du mauvais fonctionnement du rein. Au point de vue du pronostic, on peut conclure que dans l'éclampsie, si la quantité d'urée contenue dans le sang est de deux à deux fois et demi plus grande qu'à l'état normal, la guérison est probable, tandis que la terminaison fatale est presque certaine lorsque le chiffre de l'urée est très voisin du chiffre physiologique. La mort doit également survenir quand l'accumulation de l'urée devient considérable et dépasse 5 à 6 fois le poids normal.

MM. HUGONNENQ et ERAUD. — *Sur un microbe pathogène de l'orchite blennorrhagique.* — Ces auteurs ont rencontré dans un certain nombre d'urèthres, à l'état normal ou pathologique, un microcoque qui se décolore par la méthode de Gram, mais se cultive facilement sur les différents milieux de culture. Il ne liquéfie pas la gélatine. L'injection dans le testicule du chien de la culture dans le bouillon de « l'orchiocoque » détermine l'orchite ? D'où ils concluent que l'orchite blennorrhagique est déterminée

par un organisme spécial, indépendant du gonocoque de Neisser. Cet élément pathogène se rencontre dans le pus blennorrhagique toutes les fois que l'urethrite se complique ou se compliquera ultérieurement d'épididymite.

Séance du 6 mars 1893.

MM. Chauveau et Kauffmann.— *Le pancréas et les centres nerveux régulateurs de la fonction glycémique.* — L'action frénatrice que le pancréas exerce sur l'activité glycoso-formatrice du foie paraît être sous la dépendance d'un centre excito-sécréteur des cellules chargées de la sécrétion interne du pancréas. Ce centre est situé dans la partie encéphalique de l'axe médullaire. L'activité glycoso-formatrice des cellules hépatiques semble régie par un centre excito-sécréteur situé dans une des régions de la moelle épinière. L'action frénatrice du pancréas a chance de s'exercer sur ce centre excito-sécréteur, plutôt que sur le foie lui-même. C'est dans le bulbe rachidien qu'il faut placer le siège du centre excito-sécréteur du pancréas. Il y a donc dans le bulbe un centre excitateur du pancréas et un centre frénateur du foie. Un centre excitateur de ce dernier existe dans la moelle épinière. La sécrétion pancréatique interne, à part le rôle indéterminé qu'elle peut remplir en agissant directement sur le foie, excite le frénateur de la glande hépatique et en modère l'excitateur. Donc, la suppression du pancréas amoindrit l'activité du frénateur hépatique et augmente celle de l'excitateur. C'est peut-être parce que cette double action se produit que le trouble de la fonction glycémique déterminé par la suractivité du foie est si grave chez les sujets privés de pancréas. Si la section bulbaire ne trouble pas la fonction glycémique aussi profondément que le fait la suppression du pancréas, c'est que cet organe, quoique soustrait à l'influence de son centre excitateur, n'est sans doute pas absolument paralysé et peut par sa sécrétion interne continuer à exercer une certaine action modératrice sur le centre excito-sécréteur du foie. V. Morax.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 mars 1893. — Présidence de M. Chauveau.

MM. Chauveau et Kauffmann ont étudié la *suractivité de la glycogenèse* dans les troubles de la fonction glycémique et ont vu qu'elle était sous la dépendance de deux autres régulateurs: l'un, frénateur, siège dans le bulbe; l'autre, excitateur, a un point qui siège entre le bulbe et la quatrième paire cervicale. Ces centres agissent sur les ganglions des nerfs qui vont au foie et au pancréas, ganglions qui peuvent accumuler une certaine quantité d'énergie.

MM. Courmont et Doyon ont recherché *la nature du poison tétanigène*, qui est pour eux une sorte de diastase, faisant fermenter certains tissus, et dégageant de ces tissus mêmes le poison tétanique. La réalité de l'existence de ce ferment s'établit par ce fait que la toxine tétanique en injections intra-musculaires ne donne pas d'effets immédiats, mais seulement des effets tardifs, le tétanos n'éclatant que 24 à 48 heures après l'injection.

D'autre part, le sang d'un chien tétanique transfusé à un autre chien détermine des accidents tétaniques immédiats, quoique atténués, ce qui montre l'existence de la substance tétanisante dans le sang.

M. Charrin ajoute que les substances microbicides se développent également dans l'économie sous l'influence des agents injectés et ne sont pas contenus dans ces agents eux-mêmes.

MM. Charrin et Courmont exposent leurs recherches *sur l'atténuation de la bactéridie par des produits antimicrobiens.* Le sang des animaux atteints d'affection pyocyanique est bactéricide pour le microbe de Gessard. Il fallait rechercher si cette propriété s'étendait à d'autres infections. Ils ont constaté que la bactéridie se cultive plus mal dans le sérum et qu'elle présente une légère atténuation de ses propriétés infectieuses à la suite de cette culture, les animaux en expériences présentant une légère survie sur les animaux témoins. Ces faits sont à rapprocher de ceux qui ont montré l'atténuation *in vitro* de la bactéridie charbonneuse au contact du bacille pyocyanique. (Guignard et Charrin.)

M. Cassaet (de Bordeaux) adresse une note sur le *fonctionnement de la cellule hépatique* dans les infections du tube digestif. Quatre observations montrent qu'un embarras gastrique simple en apparence peut s'accompagner d'une déperdition considérable de sels biliaires par les urines, persistant pendant des mois. L'embarras gastrique peut donc présenter un pronostic très grave, plus grave même que celui de la fièvre typhoïde, au point de vue des fonctions du foie.

M. Féré a étudié le *degré relatif de fréquence des intoxications bromiques* chez les épileptiques de son service de Bicêtre, et il a constaté qu'elles étaient beaucoup plus fréquentes en hiver qu'en été. Cette intervention d'une cause purement physique lui paraît intéressante à signaler.

M. Moussu a étudié les *fonctions des glandes thyroïdes accessoires* et est arrivé à des conclusions qui lui font mettre en doute le rôle de suppléance attribué à ces organes. En effet, après l'ablation de la masse principale du corps thyroïde, ces glandules ne présentent pas au microscope un changement d'état assez notable pour permettre de croire à un changement de fonction.

M. Ch. Richet a constaté que, pendant l'*intoxication par le chloralose*, la respiration se ralentit, puis prend le type périodique qui s'observe lorsque le bulbe intervient seul dans l'acte respiratoire et qu'il agit par la stimulation résultant de l'absence d'oxygène dans le sang.

M. Bezançon rapporte deux observations de *tachycardie chez les tuberculeux*, due à la compression du pneumogastrique par les ganglions tuberculeux du médiastin.

M. Guillot (de Nancy) adresse un procédé pour obtenir des photographies instantanées du fond de l'œil.

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mars 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

L'acide succinique et la tuberculose.

M. Lancereaux présente à l'Académie un travail du Dr Caravias sur l'acide succinique dans le traitement de la tuberculose. Au point de vue théorique, les animaux réfractaires à la tuberculose, en particulier le chien et la chèvre, paraissent devoir cette immunité à la richesse de leur sérum sanguin en acide succinique. Cet acide se retrouve en nature dans leur urine. Au point de vue pratique, l'acide succinique, qui se décomposerait aussitôt dans l'organisme en acide carbonique et eau, ne peut être donné directement. On peut le donner indirectement en faisant prendre chaque jour 250 gr. de viande avec 50 gr. de graisse, 1 gr. de pepsine non acidifiée, 1 gr. de bimalate de chaux. Par l'administration de ce mélange auquel on ajoute parfois de l'acide benzoïque se forme de l'acide succinique. Ce traitement essayé sur les tuberculeux du service de M. Lancereaux a donné de très bons résultats, en particulier au point de vue du retour de l'appétit. Quoi qu'on puisse penser de l'interprétation théorique, les résultats pratiques méritent d'attirer l'attention.

M. Dujardin-Beaumetz en quelques mots très brefs, mais très écoutés, discute le traitement de la tuberculose. La viande crue et la graisse ne sont autre chose que le traitement par la suralimentation qu'il a déjà préconisé avec M. Debove. Le bimalate de chaux aura-t-il un sort meilleur que tant d'autres médicaments qui ont eu comme lui leur période de grandeur et leur période de décadence? Jusqu'ici la destinée d'un tuberculeux dépend surtout de son bon ou de son mauvais [illegible]. Quant à ce qui concerne l'immunité de la chèvre, M. Dujardin-Beaumetz rappelle que ses recherches et celles de M. [illegible] au moment de la mode des injections de sérum de sang de chèvre,

démontré que cette immunité était illusoire. La chèvre qui avait fourni le sérum pour ces injections avait, à l'autopsie, les poumons et tous les viscères criblés de tubercules.

M. Constantin Paul fait remarquer que l'acide benzoïque est de longue date employé dans le traitement de la tuberculose. Est-on certain qu'il se forme vraiment de l'acide succinique dans le traitement proposé ?

M. Lancereaux insiste sur le rôle antiputride et désinfectant de l'acide succinique. Ce rôle paraît bien démontré. Les résultats cliniques semblent encourageants. De nouvelles recherches seront nécessaires pour mieux établir le mode d'action, de formation, d'élimination de l'acide succinique.

La suture des nerfs.

M. Laborde lit la première partie d'un important mémoire sur l'explication physiologique des résultats obtenus en chirurgie par la suture des nerfs sectionnés depuis plus ou moins longtemps. Cette première partie expose les diverses théories proposées jusqu'à présent. Nous la résumerons en même temps que la seconde partie qui sera lue dans la prochaine séance et renfermera les recherches personnelles de M. Laborde.

Un cas d'actinomycose.

M. Meunier (de Tours) a observé chez un mécanicien un phlegmon cervical remarquablement dur, d'origine actinomycosique. La maladie était probablement de cause alimentaire, l'actinomycose étant fréquente chez les bovidés de Touraine. L'iodure de potassium, à dose de 1 gr. 50 par jour, agit comme un véritable spécifique. Sur sept cas observés jusqu'ici en France, le cas de M. Meunier est le premier où l'on fait usage de l'iodure.

Ovariotomie au cours d'une septicémie puerpérale.

M. Le Roy des Barres (de Saint-Denis) a pratiqué l'ovariotomie chez une jeune femme atteinte de septicémie puerpérale à forme prolongée, avec péritonite, pleurésie. La ponction du kyste donna issue à quatre litres de pus fétide. Le kyste uniloculaire fut ensuite extrait en totalité. La malade, dont la mort était certaine sans l'intervention, guérit.

Election de deux membres correspondants nationaux. (Division de médecine.)

1re *Election* (65 votants) — M. Liétard (de Plombières), 55 voix, *élu* ; M. Costa (d'Ajaccio), 4 ; M. Mairet (de Montpellier), 3 ; M. Layet (de Bordeaux), 2 ; M. Alison (de Baccarat), 1.

2e *Election* (64 votants). — M. Costa, 34 voix, *élu* ; M. Mairet, 16 ; M. Layet, 12 ; M. Alison, 2.

Classement des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène. L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Ollivier. L'ordre de classement est le suivant : 1re ligne, M. Magnan ; 2e ligne, M. Motet ; 3e ligne, M. Napias ; 4e ligne, M. Laugier ; 5e ligne, M. A.-J. Martin.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 mars. — Présidence de M. Ferran.

M. Merklen. — *Incubation prolongée et contagiosité des oreillons.* — D'après un certain nombre de faits observés, la période d'incubation semble varier de 15 à 26 jours. Cette longue durée présente un certain intérêt pratique, car rapprochée de la contagiosité immédiate mise en lumière par M. Rendu, elle explique l'extension considérable et la longue durée des épidémies d'oreillons dans les milieux propices, tels que casernes, collèges et pensionnats. Aucun fait précis ne montre à quel moment précis cesse la contagiosité, mais les observations déjà anciennes de Bernutz et celles plus récentes de MM. Antony, Rendu, etc., semblent prouver que le contage des oreillons survit à la maladie. La conclusion pratique est qu'il est prudent de maintenir l'isolement complet des malades jusqu'à parfaite guérison et de ne leur rendre la liberté qu'après avoir pris le mesures de désinfection usitées pour les autres maladies contagieuses. Un dernier point à signaler. Une nourrice atteinte de cette maladie peut-elle continuer à allaiter son nourrisson? Ce point n'est pas élucidé dans les traités spéciaux. Mais étant donnée l'immunité habituelle des enfants du premier âge pour les oreillons, et considérant que si la contagion était à redouter c'était déjà chose faite, la continuation de l'allaitement, en recommandant la suppression de tout autre contact, a pu être autorisée dans un cas personnel sans que l'enfant prît la maladie. La nourrice n'a présenté du côté des seins aucune manifestation ourlienne. L'activité des glandes mammaires ne semble donc pas provoquer cette localisation d'ailleurs exceptionnelle chez la femme.

M. Juhel-Renoy. — *Des infections secondaires distinctes à propos d'une rougeole et d'une fièvre typhoïde simultanées.* — Un jeune homme est atteint de rougeole au début d'une fièvre typhoïde; cette dernière est restée masquée pendant toute la durée de la rougeole qui a été excessivement intense, tandis que la fièvre typhoïde a été tellement atténuée, qu'on peut se demander si la dothiénentérie ne peut être atténuée par la concomitance d'une rougeole. Un seul fait ne permet pas de conclure. On peut cependant en tirer quelques déductions. En premier lieu, c'est l'infection secondaire qui a masqué la primitive. Contrairement à ce qu'on voit généralement, elle n'a pas aggravé cette dernière. Les toxines de la rougeole pourraient-elles donc jouer, vis-à-vis du bacille typhique, un rôle analogue à celui des produits de sécrétion du bacille pyocyanique sur la bactérie charbonneuse? Il faudrait de nombreuses observations pour résoudre cette question. On peut se demander aussi, en voyant l'allure hybride de cette rougeole, si les rougeoles malignes des anciens n'étaient pas aussi le fait d'associations morbides passées inaperçues?

M. Marfan, à propos de la seconde observation de M. Bezy, lue dans la précédente séance, cite un cas de *paralysie spinale aiguë survenue chez un enfant tuberculeux atteint de troubles digestifs chroniques à la suite d'une varicelle et d'une otite moyenne.* — Il s'agit d'un enfant de 9 mois élevé au biberon dans de mauvaises conditions hygiéniques, tuberculeux avec un gros ventre et diarrhée à rechutes. Au mois de janvier signes de tuberculose généralisée chronique. Au mois de février varicelle qui évolue normalement. Le 4 mars on constate une paralysie complète du bras gauche, attribuable à une polyomyélite antérieure aiguë en raison des accidents fébriles qui ont accompagné son début et de la rapidité avec laquelle la paralysie a atteint son maximum. Le lendemain on découvre une suppuration de l'oreille et le surlendemain l'enfant perce sa première dent. On trouve donc réunies toutes les causes invoquées pour expliquer la paralysie spinale aiguë. Il semble donc qu'à l'heure actuelle c'est à l'infection qu'il faut attribuer l'origine de la polyomyélite antérieure aiguë. Mais cette infection n'est pas spécifique et peut-être peut-on expliquer par l'hérédité névropathique la localisation des microbes ou des poisons microbiens d'origines diverses sur la substance grise des cornes antérieures de la moelle.

M. Laveran communique : 1° au nom de M. le Dr Troussaint, médecin militaire, une observation d'*oreillons compliqués de néphrite albumineuse* ; 2° la relation du seul cas d'oreillons compliqué de néphrite qu'il ait lui-même observé. De ces deux faits et de quelques autres empruntés aux auteurs, ainsi que de ceux récemment cités par MM. Bezy et Siredey, l'orateur conclut à la nécessité d'admettre la néphrite ourlienne au nombre des complications des oreillons. Mais il la croit assez rare.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 mars 1893. — Présidence de M. Périer.

Corps étrangers de l'œsophage et œsophagotomie externe.

M. Segond rapporte un cas d'œsophagotomie externe pratiquée d'une façon dramatique, à la campagne, chez une femme de 40 ans, pour une pièce dentaire avalée et restée accrochée dans l'œsophage. Cette femme portait depuis 15 ans deux dentiers, lorsque, dans un effort de toux, une nuit, elle les avala tous les deux. L'un d'eux fut expulsé spontanément par les selles, mais l'autre résista à toutes les tentatives d'extraction.

On dut, pour le retirer, faire l'œsophagotomie externe. On trouva le corps étranger à deux phalanges et demie au-dessous de l'incision œsophagienne. On le saisit avec une pince, mais ne put le retirer. Le dentier, pourvu de deux dents dirigées vers l'estomac, présentait des crochets qui s'étaient fixés dans les parois de l'œsophage ; et, plus on tirait, plus ces crochets s'enfonçaient. On fut obligé, avec un stylet, de faire basculer le dentier de manière à ramener les dents en haut : on put alors facilement l'extraire. Suture de l'œsophage au catgut. Drainage de la peau. Pendant quelques jours, sortie de mucosités par la plaie, malgré la sonde à demeure. 15 jours après, la guérison était parfaite.

M. Jalaguier cite une opération analogue chez un enfant de 2 ans 1/2, pour un disque de plomb arrêté à 13 centimètres en arrière des arcades dentaires. Incision. Il fallut employer une certaine force pour retirer ce disque coiffé par la muqueuse. Suture. Lait pendant quelques jours. Fistule qui dura 8 jours. Guérison. M. Jalaguier insiste sur les inconvénients du panier de von Græfe.

M. Felizet. — Un enfant de 2 ans avait avalé une pièce de 1 franc. Toutes les tentatives faites avec le panier ou d'autres instruments *ad hoc* avaient échoué, en raison de l'encastrement de la pièce dans les replis de la muqueuse œsophagienne. Pour retirer la pièce, M. Felizet fut obligé de dilater l'œsophage avec une petite éponge montée sur une sonde, en avant de l'obstacle. De cette façon, il put extraire le corps étranger.

M. Delorme insiste sur les avantages de cette dilatation préalable du conduit œsophagien.

M. Demmler adresse une note sur *deux cas d'orchidopexie* : 1 succès et 1 insuccès.

M. Cahier (Lyon) relate une observation d'*œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage* (dentier). *Mort.*

M. Guinard lit une très intéressante observation de *gastro-entérostomie pratiquée pour une sténosepylorique consécutive à un ulcère de l'estomac.* Guérison.

M. Verneuil lit une note sur la *pathogénie du tétanos.* Il cite une observation qui démontre, à son dire, l'origine équine de cette affection. Cette observation est due à M. le Dr Diderlein (de Cannes).

M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Ricard intitulée: *Volumineux spina bifida de la région lombaire chez une jeune fille de 25 ans.* La tumeur avait, avant l'opération, 0.40 cm. de haut et 0.25 cm. de large, était de forme sphérique et présentait un sillon marqué. La pression sur cette tumeur pouvait déterminer jadis des troubles nerveux : crises convulsives, tendance aux syncopes, etc. M. Verneuil avait ponctionné cette tumeur en 1882, mais cette ponction n'avait en rien amélioré la malade.

M. Ricard dut intervenir pour des raisons d'esthétique. Il trouva une échancrure osseuse notable et des nerfs dans le pédicule. Le moignon du sac fut réduit dans le canal médullaire et une suture à lacet, à la soie, l'y maintint. Après l'opération, il se produisit sous la peau, à deux reprises, un épanchement liquide, mais on en vint à bout, grâce à 2 ponctions.

En terminant, M. Picqué insiste sur les principales particularités de cette observation, aborde la question des troubles nerveux observés après l'opération (hydrocéphalie), rapporte à ce sujet les recherches de M. le Dr Bellanger (de Vannes) et se demande s'il ne faut pas, dans ces derniers cas, faire intervenir une méningite ascendante.

M. Le Dentu présente une malade chez laquelle, à la laparatomie, il a trouvé une *péritonite tuberculeuse enkystée.* Consécutivement à cette laparotomio, cette jeune fille eut une fistule stercorale; mais bientot cette fistule guérit, et, aujourd'hui, l'opérée se porte à merveille.

M. Schwartz présente une personne chez laquelle il a pratiqué une *arthrodèse pour un pied bot paralytique.* Le résultat est parfait. Marcel Baudouin.

Remèdes secrets dans les Hopitaux. — La *Société médicale des Hopitaux* a, sur la proposition de M. Legroux, medecin de l'hopital Trousseau, et, après discussion, déclare que l'on doit s'opposer a l'application des remedes secrets dans les services hospitaliers.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 8 mars 1893. — Présidence de M. Hallopeau.

M. Grellety a fait une communication sur les *progrès de la morphinomanie chez les médecins.* Il conseille l'internement et la suppression brusque de la morphine pour arriver à une guérison rapide de la maladie et ne pas léser ainsi les intérêts professionnels. Effrayé par le nombre des victimes de la morphine, il est d'avis qu'on devrait la bannir de la thérapeutique.

M. Bardet ne croit pas qu'on doive abandonner un auxiliaire aussi précieux que la morphine. Le morphinomane est un dégénéré, un nerveux qui, si on lui supprime la morphine, cherchera un nouvel excitant pour lui procurer l'état d'ivresse qu'il désire.

M. C. Paul est aussi partisan de la suppression brusque de la morphine, malgré l'état terrible de dépression passagère dans lequel elle met le morphinomane au bout de quelques jours. Il propose de substituer, si l'on peut, l'embarquement pour un long voyage à l'isolement; le morphinomane à bord ne pourra se procurer de morphine.

M. Créquy fait remarquer que la morphine agit de deux façons différentes, selon les personnes qui en usent. Les uns éprouvent une action nauséeuse, des troubles digestifs pénibles ; ceux-là ne seront jamais morphinomanes. Les autres, enivrés, tombent dans un état de rêvasserie et de béatitude qui les captive et les porte à s'adonner au poison.

M. Bardet a remarqué ces phénomènes: il est d'avis de donner, quand on l'emploie, d'assez fortes doses de morphine pour produire l'état nauséeux et éviter l'ivresse morphinique, ou bien d'ajouter dans le même but l'atropine à la morphine, comme on le fait fréquemment à l'heure actuelle.

M. Rougon proteste contre l'emploi de hautes doses de morphine que préconise M. Bardet ; il trouve le poison trop dangereux, et la sensibilité des malades à son égard est des plus diverses.

M. C. Paul fait remarquer que l'on a, à tort, contre-indiqué la morphine dans le mal de Bright. Elle s'élimine par l'estomac et non par le rein et on peut, sans inconvénients spéciaux, l'employer dans les néphrites.

M. Hallopeau a fait une communication sur le *traitement de la pourriture d'hôpital par le tartrate ferrico-potassique en solution aqueuse au tiers.* Il cite l'observation d'une jeune fille, guérie, l'an passé, de la pourriture d'hôpital par la résorcine et le séjour aux bords de la mer. Une récidive se produisit au niveau d'un cor au pied et la résorcine, ainsi que tous les antiseptiques usuels, furent employés sans succès. Le tartrate ferrico-potassique en solution aqueuse au tiers, appliqué sur l'ulcération à diverses reprises et maintenu en pansement, amena, en quelques jours, le bourgeonnement de la plaie et la guérison. Au début, la douleur fut assez vive, mais elle se calma peu à peu ; M. Hallopeau conseille, pour parer à cet inconvénient, l'emploi de la cocaïne. Il a été amené à se servir du tartrate ferrico-potassique dans la pourriture d'hôpital, par les résultats satisfaisants que donnait jadis, dans le phagédénisme, cet agent qui a, dans cette dernière affection, cédé le pas à l'iodoforme. J. Noir.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 9 mars 1893. — Présidence de M. Lallier.

M. Quinquaud présente un malade atteint de *lésions trophiques de la main et de l'avant-bras.* Cet homme présentait une éruption érythémato-vésiculeuse localisée au tiers inférieur de l'avant-bras droit. Au centre des éléments éruptifs se montrait une petite eschare. Perte de la sensibilité dans tous ses modes correspondant aux parties atteintes ; mais le long de la face externe de l'avant-bras et au niveau du pouce, cette anesthésie est remplacée par une dissociation de la sensibilité. Motilité très diminuée dans les muscles correspondants. Un examen pratiqué par biopsie montra une dégénérescence absolue des nerfs, mais aucun microorganisme. Il n'en était pas de même au niveau des éléments éruptifs, où l'on trouva un

streptocoque d'autant plus virulent que l'on examinait la lésion à une phase plus rapprochée de son début. Sous l'influence d'un pansement antiseptique, tous ces accidents disparurent rapidement, pour se reproduire dès que le pansement était abandonné. Il y a là, dit M. Quinquaud, un fait de physiologie pathologique plein d'intérêt. Il s'agit, en effet, dans ces cas, de troubles trophiques consécutifs à une névrite qui a elle-même succédé à une plaie compliquée de phlegmon du pouce et de l'index. Or, dans ces névrites, les troubles trophiques ne se produisent pas si l'on met à l'abri des influences extérieures le territoire innervé par le nerf malade. C'est ainsi que dans l'expérience de Snellen la cornée n'est pas atteinte, après section du trijumeau, si on la protège contre l'action de l'air. Il faut donc tenir compte de ces agents extérieurs, de ces microorganismes qui viennent agir sur un terrain préalablement modifié et c'est ce qui explique comment, chez le malade de M. Quinquaud, les éruptions guérissaient lorsqu'on les mettait à l'abri des agents extérieurs pour se reproduire lorsqu'on cessait le pansement. De telles altérations nerveuses peuvent guérir et les malades récupèrent alors la sensibilité, mais ce n'est qu'après plusieurs années.

M. LEJARS présente un malade qui a été atteint *de chancres syphilitiques des doigts.* Cet homme, dans une rixe, envoya un coup de poing sur l'arcade dentaire supérieure de son adversaire. Il se fit ainsi au pouce et à l'index deux petites plaies qui d'abord se cicatrisèrent, puis se rouvrirent au bout d'un mois environ, montrant alors deux surfaces fongueuses à fond maculé de petits points jaunes et au-dessous desquelles se trouvait du pus. Elles ne ressemblaient aucunement à des chancres syphilitiques. A la partie interne du bras, depuis l'épitrochlée jusqu'à l'aisselle, il existait une grande plaque indurée de deux à trois travers de doigt qui ne donnait nullement la sensation d'une adénite spécifique. Le malade souffrait beaucoup de ces ulcérations, excision et guérison rapide. Mais après quelques semaines, la roséole apparut et vint éclairer le diagnostic.

M. FOURNIER rappelle un cas analogue cité par Hutchinson. Il s'agit alors de chancres différents de ceux que l'on voit habituellement: ce sont les chancres tubéreux, tuberculeux, massifs, ou encore hypertrophiques, comme les appelle M. Fournier.

M. THIBIERGE insiste sur la difficulté de reconnaître dans certains cas ces chancres syphilitiques fongueux des doigts.

M. FEULARD cite en effet une observation dans laquelle le chancre fut pris pour un panaris.

M. FOURNIER. — C'est en effet avec le panaris que la confusion est la plus fréquente : le doigt se tuméfie en massue ; le chancre devient méconnaissable, car il n'est plus représenté que par une petite ulcération que l'on prend pour l'ouverture du panaris, au milieu de la tuméfaction considérable du doigt.

M. BARTHÉLEMY rapporte une observation analogue à celle de M. Lejars.

M. LAILLER fait remarquer que, dans de tels cas, il est nécessaire de savoir si l'individu frappé est bien syphilitique, car il peut se faire que le traumatisme agisse seulement comme porte d'entrée pour un virus pris plus tard ailleurs; que l'infection et le traumatisme ne soient pas simultanés.

M. FOURNIER présente une malade atteinte d'une *éruption mercurielle simulant l'impétigo.* Cette femme était atteinte de conjonctivite qu'un oculiste traita par une solution de sublimé; le surlendemain survinrent des démangeaisons au niveau de la pommette, puis une tuméfaction avec petits boutons. L'éruption s'étendit et gagna la vulve: la malade y appliqua une pommade au précipité blanc. Une tuméfaction des grandes lèvres fut la conséquence de cette application ; puis survint une transpiration abondante et, à la suite de celle-ci, un exanthème généralisé. L'éruption scarlatinoïde était sèche sur tout le corps sauf aux plis de flexion où se montrait un suintement très abondant.

M. BARTHÉLEMY insiste sur ce fait que souvent ces hydrargyries de cause externe sont produites par des doses infinitésimales de mercure.

M. DE MENDEL et HUDELO présentent des pièces anatomiques provenant d'un malade mort au sixième mois de sa *syphilis*, à la suite d'une *néphrite*. Ils ont recherché la pléiade ganglionnaire et l'on voit, en effet, tout le long de l'aorte, des ganglions volumineux.

M. FOURNIER. — Ce fait démontre une fois de plus que le retentissement du chancre ne s'arrête pas, comme on le croyait autrefois, au premier groupe ganglionnaire. L'affection se propage peu à peu aux ganglions lymphatiques voisins.

M. DU CASTEL. — Il faut être bien sûr que dans de tels cas il s'agit bien d'une propagation et non d'une adénopathie par infection générale.

MM. HALLOPEAU et JEANSELME présentent un malade atteint *d'une orchite lépreuse aiguë*, en même temps que d'une poussée remarquable par la multiplicité de nos manifestations : les conjonctives, les iris, les nerfs et la peau sont en effet simultanément intéressés. Cette orchite présente les caractères suivants : les testicules et l'épididyme sont lésés concurremment des deux côtés; il n'a pas d'épanchement dans les tuniques vaginales ; les testicules sont dans un état d'indolence presque complète : on peut les malaxer sans que le malade se plaigne; le cordon est intact; il n'y a pas et il n'y a jamais eu d'uréthrite; c'est la quatrième fois que ces manifestations testiculaires se produisent chez ce jeune homme ; dans l'intervalle des poussées aiguës, de petits nodules de consistance scléreuse persistent dans le parenchyme testiculaire ; les fonctions génésiques restent néanmoins intactes; un léprome s'est développé cette fois concurremment dans le scrotum. Les caractères objectifs de cette orchite lépreuse offrent beaucoup d'analogie avec ceux de l'orchite syphilitique : les phénomènes concomitants permettent de les différencier.

MM. HALLOPEAU et JEANSELME communiquent les résultats de l'autopsie d'un sujet atteint de *mycosis fongoïde* qu'ils avaient présenté antérieurement ; elle a démontré la généralisation des productions adénoïdes ; elles occupent en effet non seulement la peau sous la forme de tumeurs ou d'infiltrations, mais aussi le voile du palais, la base de la langue, le larynx, les ganglions du cou, des aisselles et des aines, la rate, le foie et les reins ; les espaces portes sont occupés par des nodules miliaires de structure adénoïde et les lésions similaires se trouvent également dans les reins. Cette observation vient à l'appui de la manière de voir qui rattache à un même type morbide les différentes formes de mycosis fongoïde et de lymphadénie.

M. DARIER. — Des recherches faites dans le laboratoire de M. Unna tendent à montrer que le mycosis fongoïde se rattache au sarcome. Y aurait-il des cas relevant de la lymphadénie et d'autres du sarcome.

M. ERAUD (de Lyon) envoie une observation ainsi conçue: *Hérédo-syphilis développée chez un enfant trois mois après la naissance. Contagion de la nourrice, non par un chancre mammaire, mais par un chancre de l'amygdale. Procès en dommages-intérêts. Rejet de la demande et déboutement de la nourrice, sur ce fait qu'elle n'a pas eu de chancres mammaires.*

M. BARTHÉLEMY lit une note sur quelques cas d'*acné varioliforme*, affection qu'il n'est pas rare de rencontrer au voisinage des parties génitales chez les femmes malpropres ou atteintes d'affections vénériennes. Paul RAYMOND.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE.

Séance de Janvier 1893. — PRÉSIDENCE DE M. GORECKI.

Un cas de choroïdite centrale, dont la vision a été ramenée à la normale par les injections sous-conjonctivales de sublimé.

M. DARIER présente une malade âgée de 22 ans qui, depuis deux ans, est atteinte d'une choroïdite mono-latérale, dont la lésion atteint la région de la macula, et qu'il a soumise à son traitement par les injections sous-conjonctivales de sublimé. Les frictions mercurielles avaient été pendant trois mois sans résultat. L'acuité visuelle qui était défectueuse (1/4) est remontée à 2/3 et après un mois à 1. Il y a toujours un peu de métamorphopsie, ce qui explique la cicatrice qu'on voit dans la macula.

M. DESPAGNET. — Il n'est pas rare de voir les frictions mercurielles ne produire de bons effets qu'après la cessation du traitement.

M. Vacher n'a obtenu de bons résultats qu'avec les injections de cyanure d'hydrargyre.

M. Parent. — Il suffit qu'une très petite portion de la région centrale ait échappé à l'altération, pour que la vision se maintienne assez bonne.

M. Darier cite des faits plus probants où l'affection est récente, sans aucun traitement antérieur, et sans lesquels le résultat a été très rapide. Il faut intervenir avec rapidité et intensité. Or, aucun moyen thérapeutique ne possède ces qualités plus que la thérapeutique locale par les injections sous-conjonctivales. Il ne saurait être question des cas dans lesquels la lésion a entraîné la destruction complète d'éléments anatomiques aussi importants que les éléments nerveux de la macula. Mais, quand dans des cas chroniques il survient des poussées aiguës, il faut agir énergiquement et promptement. Dans l'*iritis syphilitique aiguë*, le traitement général est préférable, car l'injection de sublimé occasionne un chémosis intense avec de violentes douleurs.

L'auteur pense que l'absorption se fait au moyen de la communication qui existe entre les espaces lymphatiques sous-conjonctivaux et tenoniens et les espaces lymphatiques choroïdiens par les gaines lymphatiques des vasa-vorticosa.

Epithélioma datant de 22 ans. Guérison.

M. Darier présente un second malade âgé de 71 ans, atteint d'un épithélioma de l'angle interne de l'œil et de la racine du nez, mesurant 23 millimètres sur 21, intéressant la caroncule et les deux points lacrymaux. Quelques attouchements à l'acide chromique diminuèrent peu à peu la surface ulcérée, et bientôt l'épiderme se reproduisit sur toute la surface malade.

M. Gorecki ne croit pas qu'il s'agit d'un épithélioma véritable.

M. Meyer. — Chez un malade atteint de cancroïde des paupières, les lotions répétées de bichlorure et les injections sous-cutanées de la même substance à 1/500 ont enrayé l'affection.

M. Boucheron. — Il faut signaler parmi les tumeurs cutanées de la face et des paupières qui guérissent sans opération, non seulement les tumeurs serpigineuses d'aspect épithéliomateux, mais encore certaines *tumeurs pigmentées*, souvent assez saillantes, à épiderme intact, souvent aussi partiellement ulcérées. Ces tumeurs qui présentent toutes les variétés du brun, gris, noir, ont une base peu indurée. Elles peuvent guérir partiellement et spontanément en laissant une trace cicatricielle blanchatre, tout en progressant sur d'autres points surtout en superficie. Ces tumeurs guérissent très simplement par des attouchements peu nombreux, quatre à six, avec une solution de sublimé à 1 p. 2,000 un peu alcoolisée. Ces tumeurs peuvent se rencontrer non seulement à la face, mais sur d'autres parties du corps.

Opération de Ptosis. Paralysie congénitale unilatérale de la 3e paire.

M. Jocqs. — Il s'agit d'une enfant de 12 ans atteinte de paralysie de la 3e paire avec ptosis contre lequel M. Jocqs a d'abord employé le procédé de M. Gillet de Grandmont. Cette opération a été complétée par une incision transversale de la peau un peu concave en bas. Dissection d'un centimètre de chacune des lèvres de la plaie cutanée. Deux fils fins formant deux sutures en anse placées à 2 millimètres du bord de la lèvre inférieure sont venus sortir au-dessus du sourcil après avoir glissé dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme dans le procédé de Dransart. En nouant les fils sur un tube en caoutchouc, on fait glisser la lèvre inférieure au-dessous de la supérieure, juqu'à ce que l'occlusion ne soit plus possible. L'auteur ajoute qu'aucun des procédés connus n'est suffisant pour remédier à une chute complète de la paupière. La résection du tarse de M. Gillet est très efficace pour compléter l'effet des autres procédés basés sur les sutures de Dransart, et parmi ceux-ci M. Jocqs donne la préférence à son procédé.

M. Vacher. — Dans deux cas de ptosis congénital et accidentel il a remplacé dans un des cas les fils du procédé de de Wecker par des brins de catgut, et referme par une suture la peau au-dessus; dans le second cas, il a employé des fils de soie qu'il a laissés dans la paupière.

M. Parent rappelle le procédé de Gayet qui consiste à passer un fil métallique du galva[illegible]-cautère qui détermine un tractus cicatriciel.

M. Darier. — Quand on aura affaire à un ptosis de moyenne intensité, le procédé par résection du cartilage tarse présentera tous les avantages. Le procédé de Dransart est applicable aux ptosis très prononcés.

M. Boucheron. — Je viens avec plaisir d'entendre dire du bien du procédé de Gillet de Grandmont contre le ptosis : je m'y associe volontiers, puisque j'ai présenté un procédé à très peu près analogue dans la même séance de la Société française d'Ophtalmologie. J'ai proposé plus particulièrement dans le ptosis moyen des jeunes femmes, des jeunes gens, d'agir du côté de la conjonctive sans intéresser la peau, par conséquent sans laisser aucune trace extérieure de l'opération. Je pratique : 1° *La tarsectomie*, en réservant une petite bande de tarse pour l'insertion du muscle releveur et une petite bande en bas pour l'insertion des cils. 2° J'enlève une partie du *muscle sphincter* des paupières, antagoniste du releveur de la paupière, pour favoriser proportionnellement l'action du releveur et je respecte la peau. On termine par l'application de quelques sutures. M. Gillet de Grandmont enlève à la fois une partie de la peau, du muscle, et du tarse : c'est donc en somme le même procédé. Celui que je propose s'applique de préférence aux cas de moyenne intensité et dans les cas où l'on désire ne laisser aucune cicatrice apparente de l'opération.

Pathogénie du chalazion. Contribution clinique.

M. Chibret. — Certains chalazions et orgelets prennent leur source dans une infection extérieure très précise. Il a remarqué que certaines poussées d'orgelet qu'il a éprouvées personnellement survenaient toujours à la suite de promenades sur une certaine route bordée de jardins maraîchers plus ou moins recouverts de fumier. La poussière irritante qui s'en élevait était la cause de la détermination locale infectieuse. De plus, M. Chibret a constaté que le chalazion a une grande tendance à naître sur un œil fatigué. Dans le pus des orgelets et dans l'intérieur des glandes méiboniennes malades, on trouve des bacilles.

M. Boucheron. — La nature microbienne des chalazions paraît être acceptée de plus en plus : la communication de M. Chibret en est une preuve nouvelle ; il n'en était pas de même lorsque j'ai présenté mon premier travail en 1886. En énucléant avec les précautions d'usage les chalazions relativement *récents*, j'avais obtenu une *culture microbienne* qui, inoculée dans les paupières des lapins, *avait reproduit des chalazions*. Les chalazions, relativement anciens, n'ont pas donné de culture; ce qui se conçoit, l'agent microbien ayant pu disparaître après la formation du chalazion. D'ailleurs, au point de la pathologie générale, le chalazion doit être considéré comme analogue à la tumeur qui porte le nom d'*acné hypertrophique* du nez. M. Poncet, dans la même séance de la Société française d'Ophtalmologie, a présenté aussi un travail dans lequel, à l'examen microscopique, il avait trouvé des microcoques dans les chalazions extraits. Parmi les causes prédisposantes à l'évolution des chalazions microbiens, je crois devoir faire remarquer l'importance des écarts de régime et du surmenage physique, intellectuel ou sensuel. J'ai présenté à l'esprit l'observation d'un confrère, opéré plusieurs fois, non par moi, ayant constamment des récidives, qui vit cesser cette repullulation des chalazions en cessant de lui-même l'usage du vin.

Collyres aseptiques.

M. Vignes. — Les solutions d'alcaloïdes perdent, dans l'eau distillée, rapidement leur limpidité. Elles tiennent en suspension des flocons qui sont constitués par des microbes pathogènes. Depuis quelques années on utilise des solutions stérilisées à l'autoclave ou au moyen d'agents chimiques microbicides. Le sublimé, même à 1/5,000, ne tue pas les microbes. L'auteur a fait préparer des solutions stérilisées à la façon des sucs organiques que l'on utilise actuellement en médecine. Les solutions sont renfermées dans de petits tubes étirés et scellés à la lampe qu'il suffit de rompre pour en avoir le contenu, et elles conservent longtemps leur limpidité parfaite.

M. Darier recommande de n'employer pour une opération qu'une *ampoule collyre* qui ne servira qu'une fois. Chaque ampoule contient environ dix gouttes et l'extrémité est soudée au chalumeau.

M. Boucheron. — Pour la stérilisation des collyres et compte-gouttes, rien ne vaut la chaleur assurément. Le moyen le plus simple est de faire bouillir le collyre de temps en temps, dans son flacon

même qui se trouve ainsi stérilisé. Pour ce faire, il suffit de placer le flacon au-dessus de la lampe qui nous sert à l'ophtalmoscope en ayant soin de faire mouvoir continuellement le flacon au-dessus de la cheminée de verre de la lampe. Le flacon doit être préalablement débouché, car la vapeur d'eau accumulée expulserait ce bouchon. En faisant tournoyer ainsi le fond du petit flacon de manière que toutes les parties du verre s'échauffent en même temps on ne casse presque jamais ces flacons et on est sûr par l'ébullition de la stérilisation du collyre. La stérilisation du compte-gouttes s'obtient de même en le chauffant au-dessus de cette lampe Au moment de chaque opération,on est absolument certain d'employer un compte-gouttes tout à fait stérile.

M. Parinaud. — On peut employer de petits ballons semblables à ceux employés à l'Institut Pasteur. Ils sont terminés par un tube effilé et recourbé.

M. Parent. — On pourrait recourir aux rondelles de gélatine antiseptique préconisées par Galezowski.

M. Javal. —Ces rondelles sont en effet très commodes; elles ont l'avantage de faire connaître exactement la dose du médicament.

M. Nimier analyse un manuel du docteur Billot sur les *déterminations pratiques de la réfraction oculaire par la kératoscopie ou skiascopie.*

Séance de Février 1893.

Restauration de la paupière par la peau de grenouille.

M. Gillet de Grandmont. — Il s'agit d'un jeune homme de 13 ans qui, à la suite d'une blessure de la paupière, eut une rétraction telle que l'occlusion devint impossible. Après avoir fait l'avivement des deux bords des paupières, il pratiqua une grande incision à la partie moyenne de la paupière. L'affrontement des bords fut fait après détachement de la peau et une blépharoraphie complète fut obtenue. L'incision de la peau des paupières laissait à découvert une large surface cruentée qui fut comblée par de petits morceaux de la peau du ventre d'une grenouille coupée en damier et avec lesquels les espaces les plus petits furent recouverts. Il s'établit une adhérence assez forte, et la plaie fut complètement recouverte. L'occlusion fut laissée environ cinq mois, au bout desquels les paupières dégagées reprirent leur intégrité de mouvement. Chez le malade présenté par l'opérateur, on constate sur la paupière une petite ligne transversale, seul vestige du lambeau emprunté.

M. Valude appelle l'attention sur cette cicatrice qui consiste en une ligne transversale droite et qui présente à l'extrémité externe de petits bourgeons. Il constate que la restauration est parfaite; mais il ne croit pas que la peau de grenouille y ait contribué. Les quelques traces des lambeaux attestent suffisamment qu'ils n'ont joué qu'un rôle très secondaire. M. Valude est convaincu que la restauration eût été aussi parfaite sans transplantation.

M. Gillet de Grandmont ne conteste pas le dire de M. Valude; mais il ajoute que le lambeau sert de moyen d'union.

Tenonite partielle produite par un cysticerque (Présentation du malade et de la pièce)

M. Meyer. — Chez un jeune garçon de 11 ans survint, au mois de janvier, un léger degré de ptosis qui s'accompagnait d'une réduction de l'amplitude des mouvements de l'œil gauche et de diplopie. Bientôt l'œil devint fixe et immobile. Pupille et accommodation normales. Il ne pouvait s'agir d'une ophtalmoplégie ayant une origine basilaire ou orbitaire. Il n'y avait aucune trace de périostite; pas d'exophtalmie. Pour faire le diagnostic, M. Meyer a eu l'idée de prendre la température locale. L'œil malade avait 6/10 de degrés de plus que l'autre. Il y avait donc lieu de soupçonner un travail phlegmoneux. L'excision d'une petite masse rougeatre qui faisait saillie ne donna pas de pus Le lendemain, en exerçant une pression à travers l'ouverture pratiquée en bas et en arrière du globe, on vit apparaître une vésicule qui était bien celle du Cysticerque cellulosæ du Tænia solium. Le globe de l'œil reprit ses mouvements, mais actuellement encore le mouvement d'élévation ne s'accomplit pas. Parmi les altérations que peut produire un cysticerque pour amener l'inactivité du globe de l'œil, on ne peut supposer qu'une ténonite. Un phlegmon du tissu cellulaire aurait donné lieu à un autre symptôme et à de l'exophtalmie.

M. Masselon rapporte un cas à peu près analogue à celui de M. Meyer, et dont il détaille l'observation très complète. Le point commun est l'aspect dans lequel se présentait la tumeur sclérotieale qui occupait toute la partie inférieure de la conjonctive. L'incision de la tumeur donna issue à un liquide dans lequel nageait un cysticerque mesurant 7 millimètres.

M. Gillet de Grandmont présente un malade atteint de xerosis double qui a complètement détruit l'œil droit et est en voie d'évolution dans l'œil gauche. Ce xerosis est en rapport avec une maladie cutanée que M. Quinquaud qualifie d'affection bulleuse et qu'il considère comme un Hydroa chronique.

Du diplopomètre et de l'application de cet appareil pour définir la nature et le degré des paralysies oculaires.

M. Galezowski. — Pour rendre possible la définition exacte du degré d'écartement des images doubles, il a construit un appareil qui se compose: d'un stéréoscope à deux œilletons en avant desquels on peut placer les verres, d'un verre dépoli quadrillé, placé un peu en arrière ou chaque ligne verticale et horizontale est numérotée; d'une tige verticale placée à un mètre, à l'extrémité de laquelle est une lampe carrée portant une petite lampe qui, dans tous les mouvements, garde la position verticale et qui glisse sur une règle carrée tournant autour de son centre et décrivant une circonférence parallèlement au stéréoscope. Le malade peut voir deux reflets de la lampe sur le verre dépoli: l'un bleu, l'autre rouge. Chaque déplacement de la lampe pourra être défini par les divisions qui existent sur le verre quadrillé (1). Kœnig.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 6 *mars* 1893. — Présidence de M. Brouardel.

M. H. Monod, directeur du service au Ministère, rend compte de la *situation sanitaire à l'intérieur: A Saint-Etienne,* M. le Dr Fleury a constaté que la *diphtérie* est endémique, et qu'elle cause chaque année un certain nombre de décès. Parfois elle prend plus d'intensité et devient épidémique. C'est ce qui est arrivé à la fin de 1892 et au commencement de 1893. Du 16 novembre au 28 février, il s'est produit 51 décès, disséminés sur les divers points de la ville. L'origine du mal est restée obscure. On a procédé à la désinfection des locaux par des pulvérisations et des lavages avec la solution de sublimé au millième, à celle de la literie et des linges par le passage à l'étuve à vapeur sous pression. Plusieurs écoles ont été fermées. On a rappelé aux habitants que l'exécution de la plupart des mesures recommandées par les instructions du comité consultatif était prescrite par un arrêté municipal de 1889. Le médecin des épidémies prévoit que l'on pourra combattre utilement le mal sur les agglomérations d'enfants dans les écoles, mais que la tâche sera laborieuse dans la population ouvrière, « dans des milieux où l'hygiène privée fait notamment défaut. »

Voici la situation de l'épidémie de *variole* qui sévit dans la *Corrèze*: du 19 au 25 février, 91 atteints, 10 décès. Résumé depuis le commencement de l'épidémie : 922 atteints, 127 décès, 5,765 revaccinations, 17,762 personnes vaccinées pour la première fois.

M. Proust rend compte de la *situation sanitaire à l'extérieur.* — *Choléra.* Une dépêche de Saint-Pétersbourg apprend que l'épidémie cholérique augmente très sensiblement à Kramenetz-Podolsk, chef-lieu du gouvernement de Podolie. On signale en moyenne 50 cas par jour dans le seul gouvernement de Podolie. Des mesures sont prises dans la plupart des Etats de l'Europe pour prévenir la réapparition du choléra. — *Typhus.* L'épidémie de typhus exanthématique, qui sévit à Beyrouth, après avoir subi une diminution notable, vient de prendre une nouvelle extension. Tous les quartiers de la ville sont plus ou moins infectés et le service hospitalier

(1) Une description détaillée de l'appareil sera donnée ultérieurement avec la planche.

Sommaire du n° 74

est cruellement éprouvé. Deux infirmiers et deux infirmières ont été atteints : l'aumônier a été emporté en moins de huit jours, et deux de ses élèves récemment frappés sont dans un état alarmant. — La situation sanitaire de *Constantinople* est caractérisée par un grand nombre de cas de fièvre typhoïde, de fièvres éruptives, variole, rougeole, quelques scarlatines et de la diphtérie. Ces maladies, endémo-épidémiques à Constantinople depuis quelques années, ont subi une recrudescence marquée depuis quatre à cinq mois. Il faut signaler qu'aucune recherche n'est faite sur leur origine et aucune mesure de prophylaxie et de désinfection n'est prescrite pour empêcher leur propagation. — *Fièvre jaune.* A Rio-Janeiro, quelques cas de fièvre jaune continuent à se manifester tous les jours. Les nouvelles de Santos sont peu satisfaisantes.

Le Comité a les conclusions des rapports présentés sur des projets d'adduction d'eau destinée à l'alimentation des communes de Vanchy (Ain); Bar-sur-Aube (Aube); Saint-Georges de la Pouge (Creuse); Antignac (Hérault); Andilly, Leccy et Oudincourt (Haute-Marne).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 2 mars. — Présidence de M. de Beauvais.

Sur les injections de liquides organiques.

M. le Dr Guelpin rapporte l'observation d'un malade présentant tous les symptômes du tabes, moins l'inégalité pupillaire, et datant de plusieurs années, qui soumis aux injections de liquide testiculaire manifesta une amélioration remarquable pendant plus d'un mois. Il est juste de faire remarquer que cette personne venait de prendre un mois de repos à la campagne et était soumise à l'iodure de potassium depuis plusieurs mois. L'amélioration progressive ne se maintint pas, et, malgré les injections testiculaires, des manifestations d'asphyxie trophique aux pieds reparurent et l'état d'abolition des réflexes des genoux persista. De sorte que le résultat de la médication par les extraits testiculaires se résume en une grande amélioration immédiate, suivie bientôt du retour implacablement rebelle de la maladie.

L'observation précédente n'a pas de valeur pour déduire des conclusions. Mais si on consulte les travaux nombreux qui depuis si peu de temps se sont succédés, il faut admettre pourtant que la valeur réelle de cette médication est loin d'être démontrée.

Car sans parler de quelques cas où le traitement a été manifestement nuisible, il n'est pas difficile de démontrer : 1° Que, même dans les cas soi-disant favorables, l'amélioration en général n'a pas persisté. 2° Que le plus grand nombre de ces observations ne porte pas sur un délai assez long de traitement pour autoriser à conclure sérieusement à une vraie action bienfaisante et durable de la médication. 3° Que, enfin, les cas où la médication a paru avoir rendu de réels services sont ceux qui sont passibles de donner les résultats les plus favorables avec l'administration des pilules mica panis, de l'oxyde d'hydrogène, des injections d'aqua fontis ou des bains d'eau de Lourdes, etc.

Les expériences de Massalongo, à Padoue, faites avec les extraits testiculaires, avec la transfusion nerveuse d'après Constantin Paul, ou avec l'injection de solution au cinquantième de phosphate de soude (méthode Crocq fils), lui ont démontré rigoureusement que : 1° ces médications n'ont aucune action réelle sur l'organisme humain ; 2° que les effets heureux obtenus doivent être attribués à l'influence de l'imagination. Preuve en est que des résultats aussi favorables et quelquefois plus favorables ont été obtenus avec des injections d'eau distillée. Or, étant donné que les organes en nature, hachés et pris en lavement, comme l'a pratiqué Florioli della Lena, ou pris en injections, d'après la méthode d'Ehlers (de Copenhague), ont donné à plusieurs expérimentateurs des succès vraiment surprenants, il est probable que les injections de liquide testiculaire ou autres organiques ne sont autre chose qu'une des formes infiniment variables de la thérapeutique suggestive.

M. Catillon dit que tout en conservant les proportions des substances indiquées par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, il est préférable d'évaporer dans le vide pour enlever l'eau et obtenir ainsi un liquide plus concentré et se conservant longtemps. Il y a une différence entre le liquide filtré au papier et à la bougie, il y a coloration différente. Quant à savoir quelle est la plus active, MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ne se sont pas prononcés. Le liquide rose filtré au papier contient encore de l'hémoglobine et de l'albumine. Quant au liquide filtré à la bougie, les premières portions contiennent de l'albumine et les dernières n'en contiennent pas. Au point de vue micrographique, le liquide filtré à la bougie ne contient pas de microbes, tandis que le liquide filtré au papier a besoin d'être stérilisé. Il appelle l'attention des médecins pour savoir lequel des deux liquides il faut employer.

M. Gautrelet dit qu'il y a lieu de tenir compte des diastases et des leucomaïnes. En effet, d'après M. d'Arsonval, les diastases conservent le liquide en digérant les microbes qui peuvent y être contenus et ont, de même que les leucomaïnes, une action thérapeutique prononcée.

M. Gautrelet lit un travail sur *l'action comparative du lait de vache ordinaire et du lait de vache stérilisé sur la nutrition.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 13 mars 1893. — Présidence de M. Falret.

Rapport médico-légal sur un amoureux de la soie.

M. Garnier a été chargé d'un rapport médico-légal sur un nommé V..., arrêté au moment où il palpait les robes des femmes qu'il suivait dans la rue. On a supposé tout d'abord que le mobile de cet acte était le vol. Mais, après un examen plus attentif du prévenu, M. Garnier a pu constater que V. agissait sous l'influence d'une obsession; en effet, cet individu, appartenant au groupe de dégénérés, éprouvait à la vue et au toucher de la soie toute une série des sensations génitales agréables qui le portaient instinctivement et d'une façon irrésistible à rechercher le contact de cette étoffe. A l'inverse d'autres dégénérés qui ont la crainte du toucher, V... avait l'amour du toucher.

Rapport médico-légal sur un épileptique arrêté pour vol qualifié.

M. Vallon déclare d'abord qu'il serait exagéré de considérer tous les épileptiques comme irresponsables, simplement parce qu'ils sont atteints de l'épilepsie, car la responsabilité de ces malades n'est pas une, mais au contraire très variable, suivant les individus et suivant le moment où on les examine. Il cite, à l'appui de cette assertion, l'exemple d'un nommé R..., épileptique, qui s'est introduit un jour chez un particulier, au moyen de fausses clefs, avec l'intention arrêtée de voler. Pris sur le fait et mis en prison, il a présenté des alternatives d'excitation et de dépression, avec tentative de suicide. Interrogé sur le délit commis par lui, il a d'abord tout avoué. Plus tard, se trouvant à Villejuif en observation, il a prétendu ne pas se rappeler les faits précédemment reconnus pour vrais. M. Vallon n'a pas hésité à conclure que R... avait agi en pleine connaissance de cause et en dehors de toute influence morbide immédiate, et qu'il était par conséquent responsable de l'acte qu'on lui reprochait. R... a été condamné à 5 ans d'emprisonnement.

Cette communication a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part à MM. Garnier, Motet, Briano, Falret et Christian.

J. Roubinovitch.

VARIA

Hôpital Ricord.

Le Préfet de la Seine, vu la loi du 10 janvier 1849; vu le décret du 25 mars 1852; vu les délibérations du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en date des 31 octobre 1889, 5 juin 1891 et 26 janvier 1893; vu la proposition du directeur de cette administration tendant à donner, en conformité de cet avis, à l'hôpital du Midi, le nom d'hôpital Ricord ; arrête : Article 1er. *L'hôpital du Midi* portera, à l'avenir, le nom d'Hôpital Ricord. Art. 2. Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique est chargé d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 15 mars 1893. Signé : Poubelle.

Faculté de médecine de Paris.

PRIX DECERNÉS POUR L'ANNÉE 1892.

Legs Trémont. — Ce legs (1.000 francs) a été partagé entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

Prix Barbier. — Il est accordé à titre d'encouragement : 1° 300 francs à MM. les Drs Langlois et Launay; 2° 300 francs à M. le Dr de Pezzer; 3° 300 francs à M. Mergier; 4° 100 francs à M. le Dr Marage.

Prix Chateauvillard. — 1° 900 francs à M. le Dr Duroziez pour son « Traité des maladies du cœur » ; 2° 800 francs à MM. les docteurs Blocq et Onanoff pour leur ouvrage intitulé : « Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses »; 3° 300 fr. à M. le docteur Poulalion pour son ouvrage intitulé : « Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches »

Les Prix Corvisart et Montyon ne sont pas décernés.

Prix *Jeunesse* (hygiène). — M. le docteur Bordas pour son « Étude sur la putréfaction. » — Prix *Lacaze* (phtisie) : M. le Dr Henri Martin pour l'ensemble de ses travaux sur la tuberculose.

Thèses récompensées. — *Médailles d'argent :* MM. Achalme, Buscarlet, Chabrié, Charrier, Drouin, Faidherbe, Faure Miller, Rochon-Duvigneaud, Thiroloix. — *Médailles de bronze :* MM. Bertillon, Besançon, Boëtau, Bonnemaison, Castera, Critzman, Desforges, Faure J.-L., Laffite, Léticnne, Macaigne, Meurisse, Noguës, Oustaniol, Pachon, Pilliet, Rousseau-Dumarcet, Sauvineau, Vassal, Vibert. — *Mentions honorables :* MM. Adler, Aldibert, Anglade, Béchet, Berbez, de Bourgon, Bruneau, Chevalet, de Grandmaison, Hallion, Lallier, Mlle Landais, MM. Malbec, Mussy, Poulain, Quignard, Rahon, Renoul, Répin.

Exposition Internationale de Chicago.

Congrès de Chicago en 1893.

Pendant la durée de l'Exposition universelle de Chicago, en 1893, des Congrès internationaux (*World's Congres*) seront organisés, se rapportant à toutes les branches de l'activité humaine. Sur la demande qui lui en a été faite par l'Administration de l'Exposition, M. le Ministre du commerce a nommé une Commission chargée de dresser une liste de personnes qui seront accréditées auprès de ces Congrès. Les personnes qui, se proposant d'aller à Chicago en 1893, voudraient figurer sur cette liste, sont priées d'adresser leur demande à M le Président de la Commission du Congrès de Chicago, avenue de la Bourdonnais, 22. Le Commissariat général, n'ayant été avisé de l'organisation de ces Congrès que longtemps après le vote des crédits qui lui ont été affectés, ne pourra allouer aucune subvention aux personnes qui se rendront à Chicago après avoir été agréées par la Commission. Pour les renseignements sur la nature et la date des Congrès, s'adresser à M. GARIEL, secrétaire de la Commission, rue Jouffroy, 39, les jeudis et dimanches, de 9 heures à 11 heures du matin.

Les Congrès prévus sont groupés dans les grandes divisions suivantes, pour lesquelles les dates ci-après ont été indiquées :

Du rôle social de la femme.	15 mai.
La presse	22 mai.
Médecine et Chirurgie.	29 mai.
Tempérance.	5 juin.
La morale et les réformes sociales	8 juin.
Commerce, industrie, crédit, monnaie, assurances, etc.	19 juin.
Musique	3 juillet.
Littérature, bibliographie, philologie, histoire, propriété littéraire.	10 juillet.
Education	17 juillet.
L'art de l'ingénieur	31 juillet.
Beaux-arts	31 juillet.
Sciences économiques, politiques et juridiques.	7 août.
Congrès divers non classés	14 août.
Sciences mathématiques, physiques et naturelles, philosophie.	21 août.
Questions relatives au travail	4 septembre.
Religion (église, missions, œuvres religieuses)	5 septembre.
Repos du dimanche	octobre.
Hygiène publique	octobre.
Agriculture.	16 octobre.

Laïcisation des Hôpitaux de Marseille.

La Commission des hospices de Marseille, par 6 voix contre 4 et une abstension, a décidé de procéder à la laïcisation immédiate des hôpitaux. Le traité qui lie la ville aux sœurs Augustines sera donc dénoncé, et celles-ci devront quitter les hôpitaux dans 4 mois à dater du jour où la délibération, après approbation du préfet, leur aura été signifiée.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 20. — Dissection : MM. Farabeuf, Sébileau, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hayem, Marie, Gaucher. — 4e *de Doctorat* : MM. Straus, Dejerine, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu (1re *série*) : MM. Marchand, Jalaguier, Ricard — (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (2e *série*): MM. Terrier, Lejars, Delbet. — (2e *partie*). Hôtel-Dieu : MM. Potain, Fournier, Letulle.

MARDI 21. — Dissection : MM. Le Fort, Schwartz, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Heim. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Gilbert. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Panas, Nélaton, Quénu. — (2e *partie*). Charité : MM. Cornil, Ballet, Charrin.

MERCREDI 22. — Dissection : MM. Farabeuf, Jalaguier, Delbet. — 2e définitif d'officiat : MM. Fournier. Tuffier, Netter. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). MM. Tarnier, Retterer, Poirier. 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Straus, Chauffard, Letulle.

JEUDI 23. — Médecine opératoire : MM. Panas, Farabeuf, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Heim. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tarnier, Nélaton, Albarran.

VENDREDI 24. — Dissection : MM. Tillaux, Tuffier, Sébileau. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Baillon, Retterer, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Poirier, Lejars. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Terrier, Jalaguier, Ricard. — (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Potain, Marie, Chauffard. — (2e *série*) : MM. Hayem, Brissaud, Gaucher. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. Baudelocque : MM. Pinard, Delbet, Varnier.

SAMEDI 25. — Dissection : MM Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Peter, Dieulafoy, Charrin. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Panas, Nélaton, Brun. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Schwartz, Albarran. — 2e *partie*). Hôtel-Dieu : MM. Bouchard, Gilbert, Roger. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI 21. — M. Dupont. De la suture des parois de l'abdomen après les laparotomies. — M. Van Peteghem. Des endométrites de la ménopause.

MERCREDI 22. — M. Bousquet. De la gastronomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. — M. Gauthier. Des accidents du cancer de l'utérus et leurs indications thérapeutiques et opératoires. — M. Garnier. Des luxations métatarso-phalangiennes du gros orteil et en particulier des luxations irréductibles. — M. Ladevie. Contribution à l'étude de la périneorrhaphie dans les cas de rupture complète d'après le procédé de Jude Hue. — Mme Kaplan-Lapina. Le courant alternatif sinusoïdal en gynécologie.

JEUDI 23. — M. Larroussinie. De la dissimulation chez les aliénés. — M. Thèreze. Etude anatomo-pathologique et expérimentale des artérites secondaires aux maladies infectieuses. — M. Raoult. Essai sur les perforations de la membrane de Shrapnell. — M. Le Coquil. De la submersion considérée au point de vue du diagnostic médico-légal et du traitement de la mort apparante. (Etude physiologique du procédé de M. Laborde). — M. Basset. La septicémie puerpérale atténuée. — M. Porge. Activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus vivants. Ses variations physiologiques, pathologiques et thérapeutiques. — M. Descottes. Losophane. — M. Noir. Etude sur les tics. — M. Malley. Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire. (Méthode de Ruault.) — M. Villard. De quelques mesures prophylactiques prises pendant l'épidémie de choléra de 1892. — M. Sordoillet. Péritonite sans perforation et bacterium coli commune. — M. Jamet. De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, en particulier chez les enfants. — M. Guillemet. De la mort dans la chorée de Sydenham. — M. Fabre. De l'urethrotomie externe d'emblée comme traitement unique des lésions traumatiques de l'urèthre périnéal. — M. Pepin. De la cystite exfoliante en dehors de la rétroversion de l'utérus gravide et de l'accouchement laborieux.

Enseignement médical libre.

Ophtalmologie. — MM. les Drs ROCHON-DUVIGNEAUD et TERSON recommenceront, le vendredi 7 avril, à 5 heures, à l'Hotel-Dieu, un *cours pratique d'ophtalmologie* qui comprendra : 1° *Ophtalmologie et réfraction* (avec malades); 2° *Anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes* avec démonstration de pièces histologique, technique histologique et bactériologique spéciales ; 3° *Médecine opératoire* (avec exercices). Les cours auront lieu tous les jours à la même heure et dureront 6 semaines. S'inscrire d'avance à la clinique ophtalmologique de l'Hotel-Dieu, tous les matins.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 5 mars 1893 au samedi 11 mars 1893, les naissances ont été au nombre de 1230 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 451 ; illégitimes, 172. Total, 623. — *Sexe féminin :* légitimes, 439 ; illégitimes, 168. Total, 607.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 mars 1893 au samedi 11 mars 1893, les décès ont été au nombre de 1033 savoir : 519 hommes et 514 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7. F. 2, T. 9. — Variole : M 1. F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 4, F. 4, T. 8. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T 2. — Coqueluche : M. 10, F. 15, T. 25 — Diphtérie, Croup : M. 19 F. 15, T. 34. — Affections cholériformes : M. 0 F. 0. T. 0. — Phtisie pulmonaire : M 112, F. 71, T. 183. — Méningites tuberculoses : M. 9, F. 15. T. 24. — Autres tuberculoses : M. 6, F. 8. T. 14 — Tumeurs bénignes : M. 0. F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 18. F. 33, T. 51. — Méningite simple : M. 9, F. 18, T. 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 28, T. 45. — Paralysie, M. 2, F. 4, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3 F. 4, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 38, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 15, F. 12, T. 27. — Bronchite chronique. M. 18, F. 21 T. 39 — Broncho-Pneumonie : M. 19, F. 27, T. 46, — Pneumonie : M. 23. F. 26. T. 49 — Autres affections de l'appareil respiratoire ; M. 23, F. 23, T. 46. — Gastro-entérite, biberon : M. 25. F. 16, T. 41. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 3, T. 13. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0. F. 3, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 12, F. 18, T. 30 — Sénilité : M. 19, F. 22, T. 41. — Suicides : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres morts violentes : M. 10, F. 2, T. 12 — Autres causes de mort : M. 80, F. 70, T. 150 — Causes restées inconnues : M. 6, F. 2 T. 8.

Mort-nès et morts avant leur inscription : 79, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 12. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 16. Total : 37.

Académie de Médecine. — Est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine de M. le Dr Kelsch, pour remplir la place de membre titulaire devenue vacante dans la section de pathologie médicale par suite du décès de M. Villemin. (Décret).

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de chirurgien du Bureau central.* — Le jury se compose de MM. Nélaton, Delens, Le Dentu, Prengrueber, Kirmisson, X... et A. Marchant.

Hôpital de Berck-sur-Mer. — *Concours pour l'Internat.* — Le jury nommé pour ce concours se compose de MM. Lannelongue, Charrin, Mathieu. — Il y a 3 places d'internes vacantes.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. Bouvier, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 octobre, d'un cours de Cryptogamie, à la dite Ecole. — Un congé, du 1er mars au 31 octobre 1893, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Marchand, professeur de cryptogamie, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse. — M. Ambialet, docteur en médecine, prosecteur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, est chargé, jusqu'au 1er novembre 1895, des fonctions d'agrégé d'anatomie et d'histologie à la dite Faculté, en remplacement de M. Bédard appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Denucé, agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 octobre 1893, d'un cours complémentaire de pathologie externe à la dite Faculté.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Bureau (Maurice-Louis), docteur en médecine, est nommé chef de clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Landais dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Aguilar (Adolphe) est nommé, du 1er janvier au 30 octobre 1893, préparateur de physique et chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, en remplacement de M. Delaval, démissionnaire.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers. — M. Lepage (Georges-Louis), docteur en médecine, est nommé, pour un an, chef de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, en remplacement de M. Thibault, démissionnaire.

Hôpital de Limoges. — M. le Dr Périgord est nommé médecin titulaire.

Excursions zoologiques. — Tous les ans, pendant les vacances de Pâques, un certain nombre d'élèves de l'Ecole des hautes études et de la Sorbonne vont au laboratoire Arago, à Banyuls sur-Mer, faire des excursions zoologiques sous la direction de M. le Dr de Lacaze-Duthiers. Cette année, l'excursion, qui aura lieu du 25 mars au 18 avril, comprendra, outre des explorations de la côte de Banyuls-sur-Mer à Rosas (Espagne), une visite aux ruines du monastère de San-Pedro de Roda (Espagne), une excursion paléontologique à Millas, près Perpignan, des essais d'ostréiculture dans le vivier, des expériences de dragage, des pêches au corail, des pêches au scaphandre. Des conférences seront ensuite données dans le laboratoire Arago par MM. de Lacaze-Duthiers, directeur ; Yung, de l'université de Genève ; les professeurs des Facultés, Marion, de Marseille ; Depéret, de Lyon ; Hallez, de Lille ; Pruvot, de Grenoble ; Topsent, de Reims ; Prouho, de Lille ; Boutan, de Paris. M. Dupuy, ministre de l'instruction publique, qui doit se rendre à Ille-sur-Tet, arrivera, le 27 mars, à Perpignan. Le lendemain, il se rendra à Banyuls-sur-Mer, où il assistera à l'inauguration d'un vivier d'expériences annexé au laboratoire Arago et récemment construit, ainsi qu'à l'inauguration des dragages à l'aide d'une embarcation à vapeur qui vient d'être construite grâce à un don de 50,000 fr., fait à M. de Lacaze-Duthiers par un généreux ami de la science. Les étudiants et leurs professeurs quitteront Paris pour Banyuls le 25 mars au soir.

Statue de Guépin. — Le coulage de la statue en bronze du Dr Guépin (de Nantes) vient d'avoir lieu et l'opération a parfaitement réussi.

Médecins des Ecoles. — Par arrêté préfectoral, en date du 20 janvier 1893, ayant effet du 1er février, M. Pivion (Jean-Marie-Edmond), docteur en médecine, est nommé médecin de l'Ecole professionnelle de jeunes filles, rue Bouret, 46.

Etat sanitaire de Marseille. — Le Conseil sanitaire a tenu, la semaine dernière, sa séance mensuelle ordinaire. Des communications faites il résulte que l'état sanitaire de Marseille ne laisse rien à désirer que, depuis une certaine période déjà, aucun cas de maladie suspecte ne s'est produite à Marseille.

Médecins des Lycées. — M. le Dr Dareau, ancien médecin adjoint du lycée de Pau, est nommé médecin honoraire du dit lycée. — M. le Dr Monod est nommé médecin-adjoint au lycée de Pau, en remplacement de M. le Dr Darau. — M. le Dr Fournier, médecin-adjoint du lycée d'Angoulême, est nommé médecin du dit lycée, en remplacement de M. le Dr Machenaud, décédé. — M. le Dr Gilson est nommé médecin-adjoint du lycée d'Angoulême, en remplacement de M. le Dr Fournier, appelé à d'autres fonctions.

La Patente des Médecins au Sénat. — La Chambre des Députés a voté une aggravation de la patente des médecins. Ceux qui, à Paris, auront un loyer d'une valeur de 3,000 fr. et au-dessus, seront taxés au douzième (et non plus au quinzième) de la valeur locative imposable. Il en sera de même des médecins qui, en province, dans une ville de plus de 100,000 âmes, occuperont un appartement dont la valeur excédera 2,000 francs. Mais nous apprenons que, grâce à l'intervention du Pr Cornil, sénateur, la *Commission des Finances du Sénat vient d'adopter le vœu formulé par notre ami, M. le Dr Porson (de Nantes), président de l'Union des Syndicats de France, vœu qui ramène les patentes des médecins au quinzième.* (M. B.).

L'Assistance médicale au Sénat. — Lundi dernier a eu lieu au Sénat l'examen de la proposition de loi sur l'assistance médicale. M. Lesouef a d'abord attiré l'attention du Sénat sur les conséquences financières du projet de loi. Puis M. Monod, commissaire du gouvernement a exposé que le but du projet est d'assurer des secours médicaux et des remèdes aux malades pauvres. Actuellement, 18 millions d'habitants sont privés de tout secours, soit à l'hôpital soit à domicile. D'autre part, la charité privée ne peut suffire à tout, une pareille situation doit cesser et c'est pour assurer à tous ceux qui en ont besoin ce minimum d'assistance que le projet a été déposé. Les communes doivent être aidées par les départements et les départements pauvres par l'Etat. Tel est le principe de de la loi. Grâce à elle, il n'y aura plus sur le territoire de la République un malade sans secours et on aura substitué à l'aumône qui dégrade, l'assistance qui fortifie. Après des observations de MM. Félix Martin et Loubet, il a été convenu que la commission des finances sera appelée à donner son avis entre les deux lectures. MM. Cornil et Lourties sont en outre intervenus dans le débat pour demander à ce qu'on spécifie bien la valeur de certains des termes de l'article 12 : « Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance *peuvent assister* à la séance avec voix consultative ». M. Monod a été à ce sujet très affirmatif : « *peuvent* veut dire : *ont le droit* ». Cette explication a paru très satisfaisante ; mais pourquoi n'avoir pas dit clairement les choses, dès le début ? — Le Sénat a adopté les 23 premiers articles de la loi et a renvoyé la suite de la discussion. (M.-B.).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE. — La Société Obstétricale de France tiendra sa deuxième séance le mercredi 5, le jeudi 6 et le vendredi 7 août 1893. Questions mises à l'étude pour la session de cette année : *De la Symphyséotomie*, des *Services d'accouchements en France* (état actuel et desiderata).

SOCIÉTÉ DE CRÉMATION. — Elle tiendra sa séance annuelle le samedi 18 mars à 8 h.1/2 du soir, Hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente. Les médecins et les étudiants que cette question intéresse seront reçus sur la présentation de leur carte.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Appels des officiers de réserve et de territoriale en* 1893. — Les directions des différentes armes s'occupent en ce moment des appels, en 1893, des officiers de réserve et de l'armée territoriale. Des plaintes fondées ayant été adressées, l'année dernière, à propos du mode arbitraire de convocation employé dans certains corps de troupes, il est utile de résumer les obligations imposées à nos officiers du service de santé militaire par les règlements en vigueur. *Réserve* : Les médecins de réserve sont astreints à une première période de vingt-huit jours dans l'année qui suit celle de leur nomination. *Armée territoriale* : En principe, les officiers de l'armée territoriale de toutes armes sont convoqués, tous les deux ans, avec les unités auxquelles ils appartiennent ; mais les médecins et les pharmaciens sont appelés dans l'année qui suit celle de leur nomination ou de leur passage dans l'armée territoriale.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.—*La loi des cadres à la Chambre des Deputés.* — La commission de l'armée vient de se réunir pour examiner la question des *cadres du service de santé*. M. Legludic, a proposé de les augmenter, dès le temps de paix, pour assurer le commandement des unités par des médecins militaires de l'armée active au moment de la mobilisation. Il a cité l'exemple de l'armée allemande, où, actuellement, le nombre des médecins militaires dépasse 2.000, tandis que le projet de loi n'en comprend, pour nous que 1.250.

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE DE DRESDE. — Sur l'invitation du gouvernement d'Autriche-Hongrie, le gouvernement de la République a décidé de se faire représenter à la nouvelle conférence sanitaire de Dresde. Nous avons déjà dit que le programme de la conférence porte sur les mesures à prendre en ce qui concerne la propagation de l'épidémie cholérique, en Europe, et l'application, aux embouchures du Danube, des règles établies par la conférence de Venise. Les délégués français sont : MM. Barrère, ministre de France à Munich, le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, et Proust, inspecteur général des services sanitaires ; ils ont quitté Paris hier.

FIÈVRE TYPHOIDE EN ALGÉRIE. — On écrivait de Tlemcen le 12 mars dernier : L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit sur le 2e chasseurs d'Afrique n'a pas perdu son caractère alarmant. Quatre nouveaux décès se sont produits pendant ces derniers jours Le nombre des malades reste stationnaire. L'analyse des eaux a donné un résultat inattendu. A la sortie des filtres installés dans les casernes, l'eau donne un plus grand nombre de bactéries qu'à son entrée ! Le même résultat aurait été constaté à Sidi-bel-Abbès.

LES UNIVERSITÉS DEVANT LES CHAMBRES. — La commission des finances pour le budget de 1893 a décidé de demander des explications au Ministre de l'instruction publique et à M. de Rozière, sur l'article 112, relatif à la personnalité civile du conseil général des Facultés.

MANIFESTATION A L'ÉCOLE DE PHARMACIE.— M. Moissan, professeur à l'Ecole de pharmacie, dont on connaît les travaux récents sur la fabrication du diamant, a été, la semaine dernière, l'objet d'une ovation. Plus d'un millier d'étudiants de l'Ecole de pharmacie et des divers Facultés étaient réunis dans l'amphithéâtre. Lorsque M. Moissan fit son entrée, il fut salué par des applaudissements enthousiastes qui se prolongèrent pendant cinq minutes. L'éminent chimiste remercia en quelques mots ses auditeurs et dit qu'il était heureux de voir que si les professeurs s'intéressent aux travaux des élèves, ceux-ci s'intéressent également aux travaux de leurs maîtres.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Légion d'honneur.* — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, pour faits de guerre au Dahomey et au Soudan ; au grade d'officier, MM. Barrallier, médecin principal de la marine, et Rangé, médecin principal des colonies ; au grade de chevalier, MM. Millou et Mercié, médecins de 1re classe de la marine ; Grall et Carrière, médecins de 1re classe des colonies.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr Edmond WICKHAM, ancien interne lauréat des hôpitaux, est nommé médecin du Conseil d'Etat.

CHOLÉRA EN RUSSIE. — En prévision de l'explosion du choléra, au printemps, le Gouvernement vient d'organiser une commission spéciale chargée d'élaborer des mesures pour la lutte contre l'épidémie sur les chemins de fer et les voies fluviales.

NÉCROLOGIE. — La semaine dernière ont eu lieu les funérailles d'un de nos confrères les plus estimés, M. le docteur Gabriel BILLIOUD, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, membre et plusieurs fois président de la Société d'Agriculture de Lyon. Grand propriétaire aux environs de Thoissey, son pays natal, il s'était surtout voué à l'étude des sciences agronomiques, à la viticulture et à la sériciculture, qui lui doivent un certain nombre de travaux très appréciés. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. E. DELTOUR, étudiant en médecine de troisième année, boursier de Faculté. Jusqu'aux derniers instants, Deltour a lutté avec une énergie peu commune contre les étreintes du mal qui devait le terrasser. — M. Raoul BRAVAIS, pharmacien très connu par diverses spécialités pharmaceutiques, décédé le 22 février, à l'âge de 57 ans. — M. LAPEYRE, au Cannet (Alpes-Maritimes). — M. le Dr DELCASSÉ (de Lectoure). — M. le Dr GIRARD (de Villaine-de-Juhel).

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — *Clinique laryngoscopique.* — M. le Dr GOUGUENHEIM a repris ses cours, dimanche 26 février, à 10 heures ; il les continuera tous les dimanches à la même heure. Examens cliniques les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures du matin.

HÔPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. KIRMISSON a commencé le vendredi 10 mars, à 9 heures, ses leçons de chirurgie orthopédique ; il les continuera les lundis et vendredis suivants. Les leçons de cette année seront consacrées aux maladies du rachis.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr BONNAIRE, accoucheur du Bureau central, a repris son cours théorique d'accouchement, le mardi 14 mars, à 5 h. 1/4 ; il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (Amphithéâtre Velpeau). Le cours sera complet en deux mois et demi environ. — A la fin du cours, *Manœuvres opératoires*, conférences par M. le Dr LEGRY. — M. le Pr BUDIN, chef de service, tous les jours à 9 heures du matin. *Leçon clinique*, le jeudi, à 10 h. 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 12. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 25 MARS 1893.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en Russie (*fin*) (1);

par le Dr L. FIAUX.

§ VI. — *Les filles soumises à la police des mœurs* (suite). — *De leur âge à l'époque de la défloration. — Répartition sur cette donnée par groupes de gouvernements. — Rapport de l'âge à l'époque de la défloration avec la nubilité. — Circonstances de la défloration, consentie, violente, conjugale. — Répartition proportionnelle des déflorations d'après la nubilité et l'ethnographie. — De l'âge des filles au moment de l'inscription. — Les inscrites de 11 ans et moins.*

Au nombre des données les plus importantes pour la sociologie, réunies par le Comité de statistique, sont les renseignements auxquels nous arrivons : ils concernent (et ici nous adoptons un ordre qui nous semble plus logique que celui de l'honorable M. Troïnitsky) : 1° l'âge auquel les femmes ont, pour la *première fois*, exercé la fonction sexuelle, en d'autres termes l'âge de la *défloration*; 2° l'âge auquel les femmes — sinon se sont livrées à la prostitution — du moins ont été livrées à la prostitution officielle par l'inscription.

Sur les 17.603 femmes inscrites, 1.788 ont été déflorées fillettes non encore réglées, soit 1.287 (9.9 0/0) sur les 12.947 prostituées de la Russie d'Europe; 170 (8.4) sur les 2,018 prostituées de la Pologne; 128 (12.8) sur les 1.000 du Caucase; 95 (12.4) sur les 764 inscrites de la Sibérie; 108 (12.4) sur les 874 inscrites de l'Asie centrale. Restent donc, pour la Russie d'Europe, 11.660 (90.1 0/0), pour la Pologne ou gouvernements de la Vistule, 1.848 (91.6); le Caucase, 872 (87.2); la Sibérie, 669 (87.6); l'Asie centrale 766 (87.6) déflorations pratiquées après la première apparition des menstrues.

La proportion des prostituées établies par groupes de gouvernements est exprimée par les rapports suivants : sur 100 femmes déflorées avant la nubilité, 72 sont inscrites dans la Russie d'Europe, 9.5 dans la Pologne, 7.2 au Caucase, 5.3 en Sibérie, 6.0 dans l'Asie centrale; sur 100 femmes déflorées après l'établissement de la nubilité 73.7 appartiennent à la police des mœurs de la Russie d'Europe, 11.7 à la Pologne, 5.5 au Caucase, 4.2 à la Sibérie, 4.9 à l'Asie centrale.

La proportion des prostituées des groupes de gouvernements pris à part, *comparativement à l'effectif total de* 17.603, est représentée comme suit: sur 100 prostituées prises dans l'effectif total, sont inscrites dans la Russie d'Europe et ont été déflorées avant l'apparition des règles 7.3, après 66.2 ; dans la Pologne (avant) 1.0, (après) 10.5 ; au Caucase (av.) 0.7, (ap.) 5.0 ; en Sibérie (av.) 0.6, (ap.) 3.8; dans l'Asie centrale (av. 0.5, (ap.) 4.3.

Le plus grand nombre des cas de défloration avant l'apparition des règles se rapporte donc aux gouvernements de la Russie d'Europe : il forme 7.3 0/0 de l'effectif total des prostituées dans l'Europe, 9.9 0/0 des prostituées inscrites dans ces seuls gouvernements, enfin 72.0 0/0 de toutes celles qui ont été déflorées avant l'apparition de la menstruation. Dans les autres groupes de gouvernements, les prostituées déflorées avant la nubilité forment une proportion très inférieure de 1 à 0.6 de l'effectif total dans tout l'empire. Cette proportion varie de 5.3 à 9.5 0/0 si l'on prend toutes les prostituées de l'empire déflorées avant la nubilité. Que si maintenant on compare le chiffre le plus fort au nombre total des prostituées des différentes régions, on voit qu'il se rapporte au Caucase, à la Sibérie et à l'Asie centrale, où sur 1.000, 764 et 874 femmes inscrites, 128, 95 et 108 ont été déflorées avant la nubilité, soit pour chacune de ces régions de 12.4 à 12.8 0/0.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 9 et 11.

Dans quelles circonstances a eu lieu la défloration de la fille. Celle-ci a-t-elle été *consentante, violée* ou déflorée *par le mari ?* C'est ce que le Comité présente dans le tableau ci-dessous :

DÉFLORATION.		Total.	Avant l'apparition de la menstruation.	Après l'apparition de la menstruation.
		0/0 des PROSTITUÉES DÉFLORÉES.		
Dans l'Empire	consentie	75.1	70.4	75.6
	violente	14.6	29.9	12.9
	conjugale	10.3	—	11.5
Russie d'Europe	consentie	78.6	71.3	79.4
	violente	12.8	28.7	11.4
	conjugale	8.6	—	9.5
Vistule	consentie	71.5	56.5	72.9
	violente	26.0	43.5	24.3
	conjugale	2.5	—	2.8
Caucase	consentie	66.3	65.0	66.6
	violente	15.8	35.0	12.9
	conjugale	17.9	—	20.5
Sibérie	consentie	77.9	69.5	79.2
	violente	15.4	30.5	13.4
	conjugale	6.7	—	7.7
Asie centrale	consentie	40.1	84.3	33.7
	violente	11.5	15,7	10.9
	conjugale	48.4	—	55.4

Parmi les prostituées, les femmes qui ont été déflorées *de plein gré* sont donc en grande majorité partout, excepté dans l'Asie centrale, qu'il s'agisse de déflorations antérieures ou postérieures à la première apparition des règles. Viennent ensuite les filles *violées* qui pour tout l'empire forment 14.6 0/0. Pour les groupes de gouvernements pris chacun à part, ces rapports varient sensiblement: la proportion la plus faible des filles violées se rencontre dans l'Asie centrale, soit 11.5 0/0 ; puis dans la Russie d'Europe 12.8 0/0; ensuite au Caucase 15.8 et en Sibérie 15.4 0/0. Le chiffre le plus élevé a rapport aux gouvernements de la Vistule, où *plus du quart* des femmes (26.0 0/0) ont été violées. On remarquera de plus que partout, sans exception, le chiffre des viols consommés sur les filles non encore réglées est plus élevé que celui des viols dont les filles nubiles sont victimes : la faiblesse physique et l'ignorance des premières explique la proportion. Quant aux femmes déflorées dans le mariage, c'est dans la Pologne que l'on en constate le plus petit nombre 2.5 0/0 ; on en compte 6.7 en Sibérie, 8.6 dans la Russie d'Europe, 17.9 au Caucase et 48.4 dans l'Asie centrale.

Le Comité a recueilli les statistiques suivantes qui complètent cette question de la défloration — examinée avec cette rigueur — pour la seconde fois (1) si nos propres informations bibliographiques sont exactes, en établissant le rapport existant chez la fille déflorée entre l'âge de l'apparition des règles et l'époque de la défloration. Le tableau eût été complet s'il eût donné la relation existant entre les deux précédentes données et la date de l'inscription de la fille sur les registres de la police des mœurs.

(1) Martineau, dans sa *Prostitution clandestine*, a, en effet, publié quelques recherches statistiques curieuses sur ce sujet, d'après ses relevés de Lourcine. Ses observations ont porté sur 607 filles (72 déflorées en province et à l'étranger, 535 à Paris) ; il a relevé l'âge de la fille au moment de la défloration, sa profession, l'âge et la profession du deflorateur. (Lecrosnier. Paris, 1885, p. 41-66).

AGE A L'APPARITION DE LA MENSTRUATION.	0/0 DES PROSTITUÉES DÉFLORÉES.			
	Avant l'apparition de la menstruation.	Après l'apparition de la menstruation.	Dans l'année de l'apparition de la menstruation.	
De 11 ans et moins à 13 ans.	3.4	12.0	4.9	100.0
13 à 14 ans	8.2	19.0	10.8	
14 à 15 ans	17.9	27.0	23.6	
15 à 16 ans	25.4	23.6	30.9	
16 à 17 ans	21.7	11.2	17.3	
17 à 18 ans	13.1	4.9	8.7	
18 à 19 ans	7.1	1.6	2.6	
19 à 20 ans	2.1	0.5	0.9	
20 à 21 ans	0.7	0.1	0.2	
21 ans et au-dessus	0.4	0.1	0.1	

On voit que jusqu'à l'âge de 14 ans les filles ont été déflorées dans les proportions suivantes 0/0: 11.6 avant la nubilité, 31.0 après la nubilité; 15.7 dans l'année de la nubilité; que de 14 à 18 ans les filles ont été déflorées: 78.1 (av.), 66.7 (ap.), 80.5 (dans l'année); — depuis 18 ans et plus: 10.3 (av.), 2.3 (ap.), 3.8 (dans l'année). La grande majorité des filles devenues prostituées inscrites a donc été initiée à la vie sexuelle de 14 à 18 ans. On remarquera encore que les fillettes déflorées jusqu'à l'âge de 14 ans sont plus nombreuses que les filles déflorées à partir de l'âge de 18 ans.

Le Comité enfin a groupé, comme suit, les renseignements concernant l'âge de l'apparition de la menstruation et la date de la défloration chez les prostituées appartenant aux nationalités russe, polonaise, juive et allemande. Ce côté de la question présente un intérêt plus particulièrement ethnologique :

AGE.	NATIONALITÉ.	0/0 DES PROSTITUÉES DÉFLORÉES.		
		Avant l'apparition de la menstruation.	Après l'apparition de la menstruation.	Dans l'année de l'apparition de la menstruation.
De 11 à 14 ans.	Russe.	9.8	36.6	15 0
	Polonaise.	8.7	25.0	10.1
	Israélite.	13.3	47.2	18.0
	Allemande.	11.1	31.5	9 2
De 14 à 18 ans.	Russe.	78.6	61.8	81.4
	Polonaise.	84.7	72.1	84.5
	Israélite.	70.1	51 9	79.2
	Allemande.	72.2	66.2	82.6
De 18 et plus.	Russe.	11.6	1.6	3.6
	Polonaise.	6.6	2.9	5.4
	Israélite.	15.6	0.9	2.8
	Allemande.	16.7	2.3	8 2

On voit que, dans ce groupement aussi, la proportion la plus forte des prostituées déflorées pour les quatre nationalités, existe dans la période de 14 à 18 ans : cette proportion varie toutefois sensiblement dans chacune des nationalités. Le Comité russe a fait remarquer que les polonaises déflorées de 14 à 18 ans sont de beaucoup plus nombreuses que les filles des autres nationalités de cette même catégorie : il existe pour 100 des polonaises de cet âge déflorées avant la nubilité un excédent de 6.1 sur les russes, 13.6 sur les juives, 12.5 sur les allemandes ; déflorées après la nubilité un excédant de 10.3 sur les russes, 20.2 sur les juives, 5.9 sur les allemandes; déflorées dans l'année de la nubilité, un excédent de 3.1 sur les russes, 5.3 sur les israélites. 2.9 sur les allemandes. Dans le groupe des filles déflorées avant leur quatorzième année, les polonaises toutefois forment la minorité dans les quatre nationalités. Les plus nombreuses de cette catégorie sont les juives. Le Comité remarque que les juives en carte à cet âge sont en nombre supérieur aux fillettes de cette même race et de ce même âge internées en maison : au contraire, après 18 ans, les filles de maison juives sont en nombre supérieur aux filles de ce même âge et des trois autres nationalités également en maison.

Quant aux filles déflorées après 18 ans et avant l'apparition de la menstruation. elles sont réparties comme suit pour 100 prostituées des quatre nationalités : les polonaises 6.6; les russes 11.6 ; les juives 15.6 ; les allemandes 16.7.

Nous arrivons logiquement, après ces données physiologiques concernant l'établissement de la menstruation et l'initiation à la vie vénérienne, à l'âge auquel la police des mœurs a cru devoir ou pouvoir astreindre les filles à la prostitution *réglementaire*. Nous remarquerons en effet qu'il ne s'agit point de l'âge auquel les filles se sont livrées elles-mêmes plus ou moins spontanément à l'exercice de la prostitution plus ou moins clandestine: la mention de l'internement en maison et de la mise en carte faite en détail par M. Troïnitsky exclut cette interprétation. Nous donnons intégralement ce document capital :

AGE AU MOMENT DE L'INSCRIPTION.	0/0 DES PROSTITUÉES.		
	Total.	En maison.	En carte.
De 11 et moins à 13 ans	1.2	1.3	1.2
13 à 15 ans	9.0	9.7	8.0
15 à 16 ans	12.9	14.7	11.3
16 à 18 ans	30.8	34.2	27.9
18 à 21 ans	26.6	25.9	27.2
21 à 23 ans	10.6	8.8	11.9
23 à 25 ans	5.3	3.8	6.6
25 à 28 ans	3 6	2.5	5.2
28 à 31 ans	1.0	0.4	1.5
31 à 36 ans	1.0	1.2	1.9
36 à 40 ans	0.4	0.9	0.8
40 et plus	0.1	—	0.1

En réduisant ces données d'abord d'après deux périodes importantes de la vie de la femme « la maturité physique à 16 ans et la majorité civile à 21 ans », puis par périodes de 5 années correspondant également à des transitions d'âge assez tranchées, on obtient les résultats ci-dessous :

AGE AU MOMENT DE L'INSCRIPTION.	0/0 DES PROSTITUÉES.		
	Total.	En maison.	En carte.
De 11 et moins à 16 ans	23.1	26.1	20.5
16 à 21 ans	57.4	60.1	55.1
(*Soit de* 11 *à* 21 *ans*)	(80.5)	(86.2)	(75.6)
22 à 26 ans	14.8	11.5	17.4
27 à 31 ans	3.3	2.0	4.5
31 à 36 ans	0.9	0.3	1.7
36 à 41 ans et plus	0.5	0.0	0.8

De ces deux tableaux, on doit tirer la conclusion suivante :

1° La plus forte proportion du total général (30.8) se rapporte à des filles embrigadées dans la prostitution officielle, de 16 à 18 ans; le même fait est constaté pour les filles de cet âge en maison 34.2; le maximum des prostituées en carte (27.9) se rapporte encore aux filles de cet âge; après viennent les filles de 18 à 21 ans, 27.2 en carte, 25.9 en maison; le chiffre le plus faible se rapporte aux femmes enregistrées après 36 ans;

2° *Plus des quatre cinquièmes* de toutes les filles ont commencé à exercer la prostitution officielle avant d'avoir atteint le majorité civile et environ *un quart* ont été inscrites avant d'être arrivées à « la maturité physique »: au demeurant, *plus des neuf dixièmes* (95.3 0/0) des filles ont été enregistrées avant 25 ans ;

3° Les prostituées inscrites les plus jeunes, celles qui n'ont pas atteint leur majorité civile, sont en bien plus grand nombre dans les maisons de tolérance que dans le groupe des filles en carte. Au contraire, les femmes qui ont été inscrites après être arrivées à l'âge de la majorité civile, sont en nombre beaucoup plus considérable parmi les prostituées en carte que parmi les pensionnaires de tolérance. La police des mœurs, sous la forme la plus réglementée, la maison avec internement, n'est en fin de compte et de statistique, seulement acceptée que des femmes les plus jeunes, les plus inexpérimentées, les plus pauvres, les plus accessibles à l'exploitation et à l'intimidation.

§ VII. — *Les filles soumises à la police des mœurs* (suite). *De la durée de l'exercice de la prostitution. — Importance capitale de cette question pour l'étude de tous*

les problèmes tant hygiéniques qu'économiques et moraux ressortissant à la police des mœurs. — Erreur fondamentale des administrateurs et des médecins de police sur les causes de la prostitution des femmes. — Complexité de ces causes. — Observations sur l'âge auquel les femmes cessent en majorité d'appartenir à la prostitution réglementée. — Statistiques relatives à l'exercice de la prostitution en Russie. — Que les chiffres confirment ces deux données : 1° les femmes inscrites depuis le moins long temps (5 ans) *figurent plus des 2/3 de l'effectif total. — 2° l'âge où les passions sexuelles de la femme sont les plus actives* (après vingt-cinq ans) *est celui où les prostituées sont les moins nombreuses. — Déductions basées sur ces deux faits.*

Si l'on en croit le rapporteur du Comité, l'honorable M. Troïnitsky, « les données fournies par l'enquête ne permettent pas de tirer des déductions expliquant la cause de la plus ou moins longue durée de l'exercice de la prostitution. » Notre opinion est toute différente.

L'erreur fondamentale, en effet, de presque tous ceux qui se sont occupés de la question de la prostitution, médecins ou administrateurs de police, a été, au point de départ, de s'obstiner à ne voir dans la cause de la chute prostitutionnelle des femmes que le dévergondage, le goût pur et simple de la débauche : de là à voir dans les prostituées un groupe social absolument à part, qu'il fallait administrativement traiter comme les malfaiteurs de tout genre, voleurs, meurtriers, etc , il n'y avait que l'épaisseur d'une ligne et toutes ces plumes l'ont vite franchie. Tant donc que les femmes trouvaient chalands et amateurs pour le commerce de leur corps, elles continuaient à se vendre : la vieillesse seule mettait un terme à une existence systématique d'infamies, quand les maladies organiques et une mort précoce ne venaient point heureusement l'abréger. Cette conception était absolument commode pour l'étude et le gouvernement particulier de cette catégorie d'individus. En répétant avec assurance et à satiété que toutes les filles soumises à la police des mœurs n'étaient point des femmes comme les autres, notre police des mœurs parisienne en particulier était arrivée à tourner contre elles le sentiment public, à les isoler, à en faire une matière qu'elle seule avait droit de manier selon son bon plaisir.

Cette donnée, positivement stupide, s'étale avec l'autorité propre à l'inconsciente routine dans la multitude des livres sortis ces dernières années des bureaux de police : vainement on y cherchera des documents raisonnés, des statistiques positives, des observations judicieuses; mais on y trouvera au premier rang l'éternelle déclamation en cours.

Or, rien de plus inexact que cette conception de la femme prostituée; les chiffres et les faits honnêtement étudiés en démontrent l'inanité. L'état de prostitution policière est si peu un métier, que les femmes prisonnières n'ont qu'un but et une pensée : sortir des rangs dans lesquelles elles sont embrigadées. C'est inutilement que le service des mœurs s'efforce en produisant des chiffres annuels à peu près constamment identiques d'inscrites, de se donner à elle-même et surtout aux autres, l'illusion d'une fixité réelle dans la population des soumises ; la vérité est qu'il y a parmi ces femmes un va-et-vient, un renouvellement continuels. On a vu, à Paris, des années où il disparaissait continuellement 1 et même 2 femmes sur 3; une telle proportion montre bien que jamais *les mêmes* femmes ne sont conservées sous une surveillance durable. Ce n'est d'ailleurs pas seulement par la fuite que les femmes reprennent leur liberté, mais, d'elles-mêmes, officiellement, celles qui ne se sont point échappées vont au bureau spécial réclamer leur radiation. « La presque totalité des radiations se fait sur la demande des femmes elles-mêmes. » Le Dr Reuss, le dernier historien officiel de la réglementation, ne fait nulle difficulté d'en convenir (1). La vérité est donc que l'immense majorité de ces prétendues professionnelles sont surprises dans un moment de chômage, de détresse, dans une de ces crises si fréquentes au cours de la vie des femmes pauvres; qu'elles se refusent à accepter leur condition comme définitive; qu'elles ne restent dans l'engrenage que juste le temps où la force majeure les empêche de s'en échapper, trois ans, deux ans, un an, six mois, quelques semaines, *quelques jours*. A partir de quatre et cinq ans d'exercice, le chiffre des femmes décroît avec une extrême rapidité, comme on va voir, dans la statistique russe.

Ce n'est point que nous fermions les yeux à l'autre cause de prostitution qui apporte, elle aussi, un contingent de recrues dont on ne saurait sans naïveté nier la présence à côté des autres. Si la misère est la grande pourvoyeuse, si la prostitution est l'accident obligé des jours de détresse noire, la ressource désespérée et pour tout dire d'un mot, le dernier gagne-pain, il est non moins évident que nombre de jeunes filles et de jeunes femmes se jettent volontairement, sous une double influence psychique et physiologique, dans la pratique de la polyandrie. Mais nous croyons, chiffres étudiés, que de ce chef il n'existe qu'une catégorie restreinte de prostituées, et que si dans la cohue des femmes qui se vendent on supprimait toutes celles qu'accule la nécessité, le problème prostitutionnel serait loin d'avoir son importance et son acuité actuelles. Sans doute il est des femmes que leur physiologie sexuelle rapproche des jeunes hommes passionnés, qui, comme ceux-ci, abordent l'amour vulgi-vague avec la même impulsion naturelle, mais ici encore leur prostitution n'est qu'un état passager, un accident, une période de transition, une saison de folie, en terme de médecine rurale. Comme l'autre catégorie de femmes jetées un instant dans la prostitution inscrite, ces filles, d'une moralité du reste inférieure à tous les points de vue, ne sont point pour cela des messalines invétérées qui demeurent volontairement dans la pratique prolongée de la débauche et resteraient dix, quinze, vingt ans. des prostituées de métier. Comme les autres, elles disparaîtront des registres de la police des mœurs, rentreront dans le giron commun, se perdront dans la foule de la population et les étapes suivantes de leur vie seront assurément moins dégradées que celle-là.

Comment ces déductions ne se sont-elles point imposées à la logique du Comité russe et de son rapporteur quand ces concluantes statistiques relatives à la durée de l'exercice de la prostitution se sont alignées devant eux ?

ANNÉES D'EXERCICE DE LA PROSTITUTION.	0/0 DES PROSTITUÉES.		
	Total.	En maison.	En carte.
—	—	—	—
Moins d'un an.	15.4	15.5	15.3
1 an.	15.6	17.3	14.3
2 ans	13.7	16.1	12.0
3 ans	11.3	12.8	10.1
4 ans	9.1	10.2	8.3
5 ans	7.7	7.9	7.4
6 ans.	5.9	5.4	6.4
7 ans	5.5	5.0	5.9
8 ans	3.5	3.1	3.9
9 ans	2.9	2.1	3.5
10 ans	2.1	1.3	2.7
11 ans	1.6	1.0	2.0
12 ans	1.2	0.7	1.7
13 ans	0.7	0.4	1.0
14 ans	1.0	0.4	1.3
15 ans	0.7	0.3	1.0
16 ans	0.4	0.2	0.5
17 ans	0.3	0.0	0.5
18 ans	0.3	0.2	0.5
19 ans	0.4	0.1	0.5
20 ans	0.2	0.0	0.3
21 ans	0.1	0.0	0.1
22 ans	0.1	0.0	0.1
23 ans	0.1	0.0	0.1
24 ans	0.1	0.0	0.1
25 ans	0.0	0.0	0.1
26 ans et plus.	0.1	0.0	0.2

*

(1) *La Prostitution au point de vue de l'hygiène et de l'administration* (in-8°. J.-B. Baillière, 1889 p. 256).

Si nous groupons cette série de chiffres par périodes de cinq années, nous obtenons les résultats suivants :

DURÉE DE L'EXERCICE DE LA PROSTITUTION.	0/0 DES PROSTITUÉES.		
	Total.	En maison.	En carte.
—	—	—	—
Jusqu'à 5 ans (inclusivement).	72.8	79.8	67.6
— 10 — —	19.9	16.9	22.4
— 15 — —	5.2	2.8	7.0
— 20 — —	1.6	0.5	2.3
— 25 — —	0.4	0.0	0.5
Depuis 26 ans et plus . . .	0.1	0.0	0.2

Ainsi l'immense majorité des femmes n'est couchée sur les registres de la police des mœurs que depuis un laps de temps qui ne dépasse pas cinq années : cette majorité représente 72.8 0/0 de l'effectif total des deux catégories, qui, prises à part, donnent des résultats inégaux soit 67.6 0/0 pour les filles en carte et 79.8 0/0 pour les filles en maison. Les prostituées qui exercent depuis 10 ans ne s'élèvent qu'à 19.9 0/0, soit *le cinquième* du total ; celles qui exercent depuis 15 ans ne forment que 5.2 0/0 soit le *vingtième* de ce même effectif total. Au delà de ce laps de temps les femmes qui continuent à se prostituer soit en maison, soit en carte, sont comme on voit en quantité insignifiante.

Déjà dans sa *Théorie statistique de la morbidité et de la mortalité appliquée à l'étude de la prostitution*, Sperck avait montré qu'à Pétersbourg, dans une ville où par exception la population mâle excède de beaucoup la population féminine qui se trouve ainsi individuellement très pourchassée surtout dans les classes populaires, le maximum possible de la date de l'inscription dépasse à peine la trentième année de la femme, en d'autres termes, que les femmes inscrites de plus de trente ans sont en minorité infime : or la loi n'autorisant l'inscription (officiellement du moins) qu'à partir de l'âge de 16 ans, cette même conclusion s'impose : dans la capitale, comme dans le reste de l'Empire, l'élimination de la majeure partie des femmes hors la police des mœurs se fait tant qu'elles sont jeunes ; la foule des femmes ne fait que traverser la condition prostitutionnelle.

§ VIII. — *Les filles soumises à la police des mœurs* (suite et fin). — *Leur état sanitaire sexuel. — Syphilis, maladies vénériennes, contaminations mixtes. — Statistiques. — Répartition des malades d'après leur catégorie, en maison et en carte. — Que les filles en maison sont plus souvent atteintes de syphilis et de maladies vénériennes que les isolées. — Statistiques. — Rappel des travaux de Sperck, Stoukowenkoff et Nicolsky sur les prostituées inscrites de Pétersbourg et de Kieff. — De quelques desiderata de l'Enquête. — Conclusion.*

L'enquête se termine par une étude de l'état sanitaire chez les prostituées. La distinction a été faite, nous n'avons pas besoin de le dire, entre la syphilis et les maladies vénériennes non constitutionnelles bien que la doctrine de l'unicité des virus compte encore en Russie comme en Allemagne des partisans jusque dans le corps enseignant. Malheureusement le Comité qui a donné par le questionnaire et par les documents recueillis une certaine étendue à l'étude de points de détails d'ailleurs intéressants au point de vue de la moralité publique et des réformes populaires afférentes, entre autre cette question de l'initiation précoce des jeunes filles à la vie sexuelle, ne s'est point arrêté avec autant de développement sur la question primordiale de l'hygiène publique. Les beaux travaux de Sperck, de Stoukowenkoff et de Nicolsky par leur méthode, les divisions statistiques suivies, lui traçaient cependant la voie et l'invitaient à des investigations plus approfondies ; quoi qu'il en soit, voici les tableaux, d'ailleurs très suggestifs relativement à la valeur hygiénique de la réglementation, qu'a fournis l'enquête :

SUR 100 PROSTITUÉES ATTEINTES :	Totaux.	Filles en maison.	Filles en carte.
—	—	—	—
1° *De syphilis*, il y a . . .	15.4	16.3	14.7
2° *De maladies vénériennes.*	21.1	23.4	21.7
3° *A la fois de syphilis et de maladies vénériennes.* .	10.7	10.8	10.6

Si, comme l'a fait M. Troïnitsky, l'on fait rentrer dans les deux premières divisions les données correspondantes fournies par la troisième, celles des femmes atteintes à la fois de syphilis et de maladies vénériennes, on obtient le résumé ci-dessous :

SUR 100 PROSTITUÉES ATTEINTES :	Totaux.	Filles en maison.	Filles en carte.
—	—	—	—
1° *De syphilis*, il y a . . .	26.1	27.1	25.8
2° *De maladies vénériennes.*	31.8	34.2	35.3

On voit donc que les prostituées soumises à la réglementation atteintes de syphilis et de maladies vénériennes forment 57.9 0/0 du total général et que les prostituées en maison malades sont plus nombreuses (61.3 0/0) que les filles en carte (60.6 0/0). Si l'on considère à part les deux catégories de prostituées on voit encore que les syphilitiques en carte fournissent une proportion de 25.3 0/0 et les syphilitiques dans les maisons de tolérance une proportion de 27.1 0/0 soit 1.8 de plus que les premières. Les prostituées atteintes de maladies vénériennes simples sont, il est vrai, plus nombreuses dans la catégorie en carte, 35.3 0/0, que dans la catégorie en tolérance, 34.2 0/0 : la différence n'est toutefois que 1.1.

Le Comité, qui aurait pu au point de l'ethnographie pathologique donner des détails complets sur la répartition des maladies spécifiques chez les différentes nations représentées dans le personnel des filles soumises, n'a établi cette proportion que pour les divers groupes de gouvernements. Ainsi sur 100 prostituées ayant été atteintes de :

IL EXISTE.	SYPHILIS.		MALADIES vénériennes.		SYPHILIS ET MALADIES vénériennes.	
	Filles en maison.	Filles en carte.	Filles en maison.	Filles en carte.	Filles en maison.	Filles en carte.
—	—	—	—	—	—	—
Dans la Russie d'Europe.	17.6	17.6	21.8	21.6	11.0	9.8
Dans la Vistule	15.6	13 6	27.8	33 5	16.9	16.6
Au Caucase.	8.1	6.7	37.6	27.2	2.3	4.0
En Sibérie.	18.2	16.2	24.6	11.5	8.0	4 7
Dans l'Asie centrale. . .	7.0	4.0	37.3	41.3	14.3	9.1

Ainsi partout les filles en maison fournissent une proportion de syphilitiques supérieure aux filles en carte qu'elles soient atteintes de syphilis seule ou simultanément de syphilis et de maladies spécifiques non constitutionnelles : les gouvernements de la Russie d'Europe donnent seuls une proportion de syphilitiques en maison (17.6) égale à celle des syphilitiques en carte (17.6). Quant aux maladies vénériennes simples, partout, sauf dans les gouvernements de la Vistule et dans l'Asie centrale, ce sont encore les filles en maisons qui sont les plus atteintes. — Quelle est la prédominance des deux espèces de maladies ? Les vénériennes simples sont en majorité dans tous les groupes de gouvernements et dans les deux catégories de filles, sauf en Sibérie où les syphilitiques en carte forment la majorité 16.2, pour 11.5 seulement de vénériennes simples. Les chiffres les plus élevés de vénériennes simples sont fournis par les prostituées en carte du Caucase (27.2) et de la Vistule (33.5) et le maximum des syphilitiques est atteint par les pensionnaires de Sibérie, 18.2.

Les grandes villes, où la population flottante est considérable, fournissent naturellement le plus grand nombre de filles soumises contaminées. C'est ainsi que pour Moscou et Pétersbourg l'enquête a donné les résultats suivants :

	0/0 DES PROSTITUÉES ATTEINTES DE SYPHILIS.			MALADIES VÉNÉRIENNES		
	Totaux.	Filles en maison.	Filles en carte.	Totaux.	Fille en maison.	Filles en carte.
Moscou . . .	89.1	50.1	38.9	74.3	42.2	32.0
Pétersbourg. .	109.5	47.1	62.4	79.5	34.1	45.3

Il résulte de ce dernier tableau qu'à Moscou, où la visite sanitaire bien qu'abolie en tant que mesure obligatoire est plus souvent pratiquée sur les filles en maison que sur les filles en carte, les filles en maison sont atteintes de syphilis et de maladies vénériennes dans une proportion beaucoup plus élevée que les filles de l'autre catégorie. A Pétersbourg la proportion est inverse. Ce dernier fait est intéressant parce qu'il est en contradiction avec les recherches statistiques de Sperck qui ont porté sur une période de cinq années de 1872 à 1876. Sperck a, en effet, démontré par la méthode de la statistique individuelle pour cette période quinquennale, avec un personnel moyen de 2 600 à 2.900 inscrites (1.000 femmes en maison, 1.600 à 1.900 en carte), qu'il est entré à l'hôpital spécial Kalinkin une moyenne annuelle de 90 0/0 femmes en maison et de 34 0/0 isolées atteintes d'affections vénériennes. Ce même personnel annuel de 1 000 pensionnaires a donné 360 syphilitiques, soit 35 0/0, tandis que les 1.800 isolées ont fourni 200 syphilitiques, soit 10 0/0 (1).

Les conclusions de Sperck ont été contrôlées et confirmées en Russie même par diverses recherches et notamment par celles de Stoukowenkoff, le professeur de clinique dermatologique de Kieff et de son assistant le Dr P. Nicolsky, qui sont moins connues en France que le mémoire du médecin de l'hôpital de Pétersbourg. Pour dresser la *statistique de la syphilis et du chancre mou parmi les prostituées inscrites de Kieff*, Stoukowenkoff et Nicolsky ont eu comme documents la statistique des femmes inscrites ou insoumises traitées à l'hôpital spécial de Saint-Cyrille de Kieff de 1883 à 1887, les listes d'inscription des pensionnaires pour douze maisons (Kieff en contenait alors 18) de 1880 à 1887, le registre d'inscription des isolées en carte, les rapports sur l'état sanitaire des personnes arrêtées (soumises et clandestines) par râfles de 188) à 1886; enfin la récapitulation mensuelle des inscriptions faites en 1886-87. Le nombre des filles soumises de Kieff était d'environ 500 : 200 isolées en carte, 250 pensionnaires, 50 inscrites constituant un groupe mixte passant, au cours de l'année, de la condition d'encartées à celle de pensionnaires ou réciproquement (1886-1887). Parmi ces femmes contrôlées, les 38.1 0/0 sont atteintes de syphilis à la période condylomateuse et les 5.3 0/0 de chancre mou, au total 43.4 0/0, soit près de la moitié, qui sont infectées. Le détail des statistiques de Nicolsky montre que près de la moitié de ces malades, les 19.8 0/0, ont eu au cours de l'année plusieurs récidives de syphilis : la proportion de ces récidives atteint 32.3 0/0. Si on considère à part le groupe des pensionnaires, on trouve que le nombre de syphilitiques dans ces établissements n'est jamais moindre de 14.3 0/0; il s'élève à 66.6 0/0; sa moyenne presque constante est de 38.9 0/0. Dans les quatre premiers mois de leur existence, les maisons publiques nouvellement ouvertes arrivent à contenir des syphilitiques dans la proportion de 27.2 0/0. En ajoutant les malades atteintes de chancre mou la proportion moyenne des vénériennes de maison monte à 44 0/0. Les isolées sont atteintes de syphilis dans la proportion de 36.9 0/0 et en ajoutant le chancre mou sont malades dans la proportion de 39.3. Les filles syphilitiques isolées sont celles qui présentent le moins grand nombre de manifestations actives de la maladie. Les pensionnaires dans la période secondaire sont tout au contraire les prostituées le plus fréquemment atteintes de récidives, c'est-à-dire constituent la classe dangereuse. Le groupe mixte est formé par les inscrites contagionnées comme isolées ou pensionnaires qui passent fréquemment de l'une dans l'autre catégorie sans se fixer à l'une d'elles : il constitue une catégorie à part plus infectée encore que les femmes en résidence habituelle dans les maisons : la proportion des syphilitiques y atteint 47.9 0/0, et pour la syphilis et le chancre mou réunis, 51.4 0/0. Quant au jeune élément de la prostitution soumise, comprenant les filles inscrites depuis moins d'un an, loin de contribuer à assainir l'organisme de la réglementation, il est atteint dans son ensemble avec une intensité presque aussi grande que les femmes plus anciennement soumises, de 34.6 0/0 à 41.7 0/0. Le dernier mot du mémoire de Nicolsky est que l'état sanitaire de la prostitution inscrite, en dépit d'une police des mœurs fort sévère (allant même jusqu'aux râfles d'hommes), a progressivement empiré à Kieff : en six ans, de 1880 à 1887, notamment, le nombre des maladies vénériennes constatées dans les maisons publiques a passé de 18.2 0/0 à 46.3 0/0.

Il est vrai que sous peine de sortir du cadre dans lequel il s'était interné, le Comité de statistique ne pouvait peut-être pas s'étendre avec détail sur les questions que nous soulevons dans ces dernières lignes, mais quelques indications supplémentaires sur la question d'hygiène n'eussent point été inutiles, étant données les facilités qu'avait le Comité russe pour se les procurer et en faire bénéficier les esprits de plus en plus nombreux intéressés par ce sujet. Sans vouloir insister et faire de minutieuse critique, le débat institué notamment sur la valeur des maisons publiques eût reçu de précieux éclaircissements si le Comité eût établi des statistiques parallèles entre l'état sanitaire des pensionnaires et des isolées dans *toutes* les grandes villes de l'empire ; cela nous eût plus satisfait, nous l'avouons, que de lire des paragraphes entiers consacrés à l'élucidation de points comme ceux-ci : quel est l'état parallèle de la confession religieuse chez les filles en maison et chez les filles en carte ? Les filles en maison ont-elles été réglées, ont-elles été déflorées plus tôt que les filles en carte ? Passe encore sur la question de savoir si ces mêmes pensionnaires sont plus ou moins lettrées que les isolées ; ceci peut avoir un intérêt pour établir de quel degré d'ignorance est susceptible une fille qui accepte la double servitude de l'inscription et de l'internement. Mais un parallèle entre les professions exercées par les pensionnaires et les isolées nous paraît décidément moins utile que les études d'hygiène indiquées dans notre desideratum.

Nous confesserons encore que nous eussions aimé trouver, à côté de l'enquête statistique, un chapitre réservé à une enquête morale sur la condition même des femmes inscrites, sur leur mentalité, sur leur mortalité et leur disparition par la fuite, sur leurs rapports officiels et privés avec les tenancières et la police des mœurs elle-même, sur les traitements qu'elles subissent, sur le proxénétisme et le commerce des femmes. Ainsi, des procès — comme celui du préfet de police de Kronstadt, Goloratcheff, traduit en justice en octobre 1885 par le département des affaires criminelles de la Chambre de justice de Pétersbourg, pour avoir pendant neuf années, de 1873 à 1882, exercé sur les tenancières et les prostituées de Kronstadt une série d'exactions de tout genre financières et autres et condamné à la dégradation et à l'exil dans le gouvernement d'Irkoustk — valaient peut-être une mention. Nous en dirons autant des fréquentes enquêtes locales que la police de Pétersbourg, de Varsovie, d'Odessa, de Sebastopol, de Kertch a conduites dans ces dernières années sur l'important commerce de jeunes filles indigènes emmenées à l'étranger ou étrangères amenées du dehors sous prétexte d'emplois honnêtes et lucratifs. D'Odessa, de Sébastopol et de Kertch notamment c'est par convois que les traitants expédient ces jeunes filles à Constantinople. Dans les gouvernements de la Vistule, nombre de jeunes polonaises sont également leurrées et pipées dirigées sur Hambourg pour être de là expédiées comme soi-disant gouvernantes, bonnes d'enfants, pianistes, etc., dans le pays de l'Amérique du Sud où elles sont reçues par des correspondants proxénètes.

Il eut été également intéressant d'avoir des renseignements sur l'organisation hospitalière actuelle et le traite-

(1) Nous avons longuement étudié ce mémoire de Sperck dans la *Police des mœurs en France et dans les principales villes de l'Europe*. (Un vol. in-8°. Dentu, 1888, p. 562-590 et 987-996.)

ment libre des maladies vénériennes, ainsi que sur les récents projets de réforme concernant l'hygiène.

Quoi qu'il en soit, le rapport de l'enquête du Comité russe, si clairement et si magistralement présenté par M. Troitnisky, offre un intérêt capital. Comme M. Troinistky le dit lui-même au début, le Comité n'a pas compté que cette première enquête effectuée en un seul jour fournirait des matériaux assez détaillés et assez complets pour donner une idée absolue de l'état de la prostitution tout entière, à tous les échelons sociaux, dans tous ses modes, dans tous les gouvernements de l'Empire. Les renseignements sur le personnel des femmes enregistrées et surveillées, sur la prostitution « reconnue officiellement », n'élucident qu'un des côtés de la question : il y faudrait joindre une étude statistique et sociale approfondie de la prostitution insoumise, qui jetterait de vives lumières sur les points les plus divers, la condition économique des femmes, la santé sexuelle de la population, la question des enfants naturels, etc., etc. Telle qu'elle est, cette première enquête n'en demeure pas moins un modèle à offrir aux pays dont les pouvoirs administratifs et politiques n'ont point encore jugé cette question de démologie digne de leur officielle attention.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance publique en France.

Au moment où la Loi sur l'Assistance médicale gratuite est sur le point d'être votée en France, il nous a paru intéressant de donner quelques détails sur l'Assistance publique. Dans un très important travail publié dans l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique* (1) on trouvera exposées, d'une façon complète et précise, ces données sur l'assistance que MM. les Drs Napias et A. Martin ont su disposer avec une grande science ; c'est à eux que nous emprunterons les détails suivants.

Il existe, en France, près de 15,000 bureaux de bienfaisance ; 1,684 établissements hospitaliers ; 10 établissements nationaux de bienfaisance (hospice des Quinze-Vingts fondé en 1269, institution des Sourds-Muets, des Jeunes Aveugles, etc., etc.); pour les aliénés, sans compter la Maison nationale de Charenton et 25 maisons de santé privées, il existe 50 asiles publics, 19 quartiers d'hospices, 17 asiles privés faisant fonction d'asiles publics ; il y a en outre 45 monts-de-piété, 29 dépôts de mendicité ; 69 établissements pour l'instruction des sourds-muets et 24 pour celle des aveugles. Le service des enfants assistés est organisé dans tous les départements, le service de la protection du premier âge dans presque tous, le service de la médecine gratuite dans plus de la moitié. Nous ne parlons pas du nombre très grand des œuvres privées pour les malades, les infirmes, les vieillards, les enfants, et des 8,000 Sociétés de secours mutuels.

Le budget de la charité est nécessairement très élevé ; malheureusement il est impossible de le calculer, les œuvres privées n'étant pas l'objet de contrôles et de statistiques. Pour avoir une idée approximative de ce que coûtent tous ces secours, on est obligé de se contenter de l'examen des dépenses publiques d'assistance.

MM. Napias et Martin nous fournissent à ce sujet d'intéressants renseignements que nous résumons. Le total des dépenses publiques d'assistance faites en France en une année, en 1883 par exemple, s'est élevé à 184,121,099 francs. L'Etat, les départements et les communes ont participé à ces dépenses au moyen de fonds prélevés sur les contribuables, pour une somme de 89,242,096 francs : c'est un peu plus de 48 0/0 de la dépense totale, et par tête d'habitant 2 fr. 33 cent. ; le reste a été payé par les ressources propres des établissements publics et le produit des fondations.

Mais quelles sont les sources qui alimentent les caisses de la Bienfaisance publique ? Ces sources sont : 1° La *contribution départementale* ; les dépenses faites par les départements n'est que de 29 millions de francs. 2° Les *dépenses communales*. Les budgets communaux ne contribuent aux dépenses publiques d'assistance que pour une proportion assez faible, 28 millions de francs. Les communes viennent en aide aux hospices et aux bureaux de bienfaisance, bien qu'aucune loi ne leur impose l'obligation de leur accorder des secours ou de combler leurs déficits. 3° Les *donations* et *legs*. Ce sont les principales sources de la dotation des établissements de bienfaisance. Depuis le commencement du siècle, le chiffre des donations aux établissements d'assistance publique s'élève constamment. C'est ainsi que de 1800 à 1846, ces donations se sont élevées à 122,504,450 francs, soit une moyenne de 2,663,140 francs par an. De 1846 à 1878 elles ont atteint 293,196,576 francs, soit une moyenne annuelle de 9,162,396 francs. Or, depuis cette époque jusqu'en 1889, elles atteignaient 159,635,799 fr., soit 14 millions 512,345 francs par an. La plus forte part est allée aux hôpitaux et hospices qui, pendant cette période de onze ans, ont hérité de 105,918,828 francs, alors que les bureaux de bienfaisance ne recevaient pendant le même temps que 53,716,971 francs. 4° *Droit des pauvres*. Le seul impôt de ce genre qui existe en France est le droit des pauvres sur les spectacles : il rapportait en moyenne 50,000 francs, au dix-huitième siècle, à Paris. Depuis une centaine d'années il a été presque constamment en augmentant, 299,000 fr. en 1796, 3 millions et même près de 4 millions en 1889. 5° Les *concessions dans les cimetières*, les *amendes et confiscations*, les *bonis des Monts-de-Piété*, les *loteries*, *le pari mutuel*, telles sont toutes les ressources qui viennent grossir la caisse de l'Assistance publique en France.

MM. Napias et Martin nous donnent de longs détails sur l'*Assistance publique de Paris*, sa composition, son fonctionnement, son personnel, ses dépenses, etc. ; sur l'*Assistance publique à l'Etranger*; sur la *protection et l'assistance de l'enfance*.

En France, le nombre total des enfants assistés est de plus de cent mille. Pour ne parler que de Paris, les enfants assistés sont admis dans un *hospice*, rue d'Enfer ; jusqu'en 1864 il y eut, à l'entrée de cet hôpital, un tour, qui est maintenant devenu inutile, grâce à l'admission, à bureau ouvert, largement pratiquée dans des conditions de discrétion absolue. L'établissement con-

(1) *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, tome V. *d'Hygiène hospitalière et assistance publique*, par MM. Napias et Martin. Paris, 1892, chez Babé.

tient 750 lits ou berceaux. On y reçoit quatre catégories d'enfants :

1° *Les enfants en dépôt*, c'est-à-dire admis provisoirement pour être rendus à leurs parents, lorsque la cause du dépôt aura cessé. Ces enfants sont ceux dont les parents sont malades dans un hôpital et ceux dont les parents sont ou bien détenus préventivement, ou bien internés dans un dépôt de mendicité, ou bien condamnés à un emprisonnement ne devant pas dépasser six mois. 2° Les *enfants assistés* proprement dits (trouvés, abandonnés ou orphelins) qui sont reçus définitivement, sont placés sous la tutelle du Directeur de l'Assistance publique, et ne doivent être rendus à leurs parents que dans des conditions exceptionnelles, et après remboursement de tout ou partie des dépenses occasionnées par l'abandon. 3° Les *enfants moralement abandonnés*, c'est-à-dire les enfants qui, sans être trouvés, abandonnés ou orphelins, sont maltraités ou négligés, laissés en état de vagabondage, sans direction ni surveillance, par les parents ou tuteurs.

Les *enfants abandonnés* sont généralement présentés par la mère; l'employé lui pose un certain nombre de questions ayant trait à l'état civil de l'enfant, à son domicile de secours, etc., mais il doit faire connaître en même temps que la réponse n'est pas obligatoire Il doit faire ressortir les conséquences de l'abandon, lui offrir des secours d'allaitement pour l'engager à conserver son enfant. Une fois que l'enfant est abandonné, la mère ne pourra ni le voir ni savoir même où il est placé ; elle ne pourra obtenir tous les trois mois que ce seul renseignement : l'enfant est vivant ou décédé.

On trouvera également dans le travail de MM. Napias et Martin les mêmes renseignements relatifs à la *protection et à l'assistance de l'enfance dans les pays étrangers, aux crèches* (1), *aux pupilles de la marine*, etc. Nous y renvoyons le lecteur qui désirera être bien renseigné sur ces importantes questions.

MARTHA.

La Loi sur l'Assistance médicale.

Dans notre dernier numéro nous avons annoncé que le Sénat avait commencé, en première délibération, la discussion de la loi sur l'Assistance médicale gratuite ; nous avons mentionné l'exposé des motifs fait par M. le Dr Th. Roussel, les objections faites sur les conséquences financières de ce projet, les réponses de M. Monod, commissaire du Gouvernement. Il ne nous reste à signaler que la contradiction, mise en relief par M. Merlet, entre l'article 24 et la loi de 1871 sur les conseils généraux et la réplique de M. Monod, et enfin l'adoption par le Sénat de l'amendement de MM. Merlet et de Carné.

Nous insistons à dessein sur ce fait, qui a passé inaperçu, parce qu'en somme il a une certaine importance. En effet, de cela même il résulte que la loi va retourner devant la Chambre des Députés, pour y être votée à nouveau. De là un retard considérable. Aussi toute la campagne menée pour faire d'emblée passer cette loi au Sénat va-t-elle rester infructueuse, et les vaillants et indiscutables efforts du commissaire du Gouvernement auront été vains.

Dans certains journaux médicaux, parmi lesquels le *Progrès médical* a le devoir de se ranger lui-même, pour ne pas contrarier les vues gouvernementales et pour aboutir vite à une solution réclamée par tous avec l'énergie la plus justifiée, on n'a pas voulu discuter encore certains articles de la loi qui donnent aux médecins un rôle un peu trop effacé. Mais, du moment où le Sénat met, avec ou sans raison, des bâtons dans les roues, — nous regrettons de ne pouvoir discuter ici la valeur de l'amendement de MM. Merlet et de Carné, — du moment où la Chambre des Députés va être saisie à nouveau de la question, nous n'avons plus aucune raison pour ne pas reprendre notre liberté d'allures et pour ne pas revenir avec détails sur les quelques points de cette loi sur l'assistance médicale qui méritent d'être modifiés au profit de notre profession. Qui pourrait désormais y trouver à redire ?

Quant à nous, nous faisons d'ores et déjà la promesse de revenir, en temps et lieu, sur ladite loi ; mais, hélas ! pour l'instant, nous ne pouvons que promettre, le temps et l'espace nous manquant.

M. le Rapporteur de la loi, dont personne plus que nous n'admire le remarquable talent et n'a compté les années passées à la peine, ne nous en voudra pas, nous l'espérons. Et M. le commissaire du Gouvernement sait trop avec quelle ardeur nous ne poursuivons ici que la recherche de la vérité vraie pour trouver intempestive cette intervention, certes un peu inattendue, mais animée — il peut nous en croire — des meilleures intentions.

En attendant, nous publierons dans un de nos prochains numéros le texte d'un premier amendement qui nous a déjà été communiqué et qui mérite, comme on pourra en juger, la plus grande attention. M. B.

(1) Les crèches sont des établissements d'assistance dont on doit l'invention à un français, Firmin Marbeau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 mars 1893. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. Paul SÉRIEUX présente une malade qui, à la suite d'une balle de revolver reçue il y a quatre ans dans l'oreille droite, présente des *troubles trophiques dans le domaine du trijumeau*. Elle est atteinte de paralysie faciale droite avec anesthésie de la face ; il existe du côté de l'œil de la kérato-conjonctivite et du myosis ; la peau est dépigmentée et le maxillaire inférieur paraît augmenté de volume.

M. LABORDE fait remarquer que ces troubles sont tout à fait semblables à ceux que la section du trijumeau sensitif provoque chez l'animal.

M. DEJERINE, en son nom et au nom de M. SOTTAS, rapporte deux observations de *névrite hypertrophique et progressive de l'enfance*. Les malades sont atteints d'atrophie musculaire débutant par les extrémités inférieures et amenant la formation d'un pied bot varus équin ; les réflexes tendineux sont abolis et les réflexes cutanés conservés ; il existe en même temps des signes appartenant à l'ataxie locomotrice. Dans un de leurs cas, MM. Dejerine et Sottas ont pu constater à l'autopsie les signes d'une névrite interstitielle très marquée. Chaque tube est recouvert d'une gaine de cellules fasciculées plus épaisse

que le tube même dans les racines postérieures. Les zones radiculaires sont sclérosées dans la moelle lombaire ; les cornes antérieures ne sont pas atteintes. Cette maladie pourrait être désignée, si l'on tient compte de l'épaississement des nerfs, sous le nom de névrite hypertrophique progressive de l'enfance.

MM. Charrin et Devic annoncent quelques résultats obtenus par l'*étude du bacille pyocyanique.* 1° Si l'on injecte une culture du bacille dans le nerf sciatique d'un lapin, on peut provoquer une névrite parenchymateuse traumatique. 2° La culture du bacille sur pomme de terre, qui est ordinairement brune, peut prendre dans certains cas une teinte verte. M. Charrin en montre un exemple.

M. Roger a recherché l'action de la *bactéridie charbonneuse sur le lait.* Il a constaté que si on l'ensemence dans un tube à urine, elle ne détruit la caséine qu'à la surface du tube, au contact de l'air, et le lait se coagule au fond du tube. La coagulation ne se produit pas, au contraire, dans un flacon large où toute la caséine peut être détruite.

M. Girode rapporte une observation de *charbon humain communiqué par une brosse à cheveux.* Il s'agit d'un homme de 45 ans à qui la brosse du coiffeur fit une éraflure légère, point de départ d'un œdème blanc sur lequel apparut une tumeur maligne. Elle fut traitée par les injections phéniquées et la guérison s'ensuivit. Les lamelles faites avec la lymphe de l'œdème ont montré des bacilles charbonneux, mais les inoculations aux animaux restèrent sans résultat. Les crins de la brosse furent également inoculés sans rien donner de précis.

MM. Nocard et Chauveau ne sont pas absolument convaincus que la brosse puisse être incriminée d'une façon positive.

MM. Hallé et Dusart ont *cultivé le coli bacille dans l'urine* et ont constaté que, si l'urine reste longtemps acide dans ces cultures, il y a pourtant destruction de l'urée et formation de carbonate d'ammoniaque, mais cette destruction est lente et jamais l'urine ne devient très alcaline.

MM. Gilbert et Lévis exposent un essai de classification des *diverses variétés du bacterium coli.* Pour eux, il existe à côté du type classique, faisant fermenter la lactose et produisant la réaction de l'indol, il en existe une série, mobiles ou immobiles, de réactions plus ou moins différentes et pouvant se rapprocher beaucoup du bacille d'Eberth. Ils n'ont pas reconnu moins de treize de ces variétés dont ils exposent les caractères différentiels. Il s'ensuit que l'on doit toujours, en parlant du bacterium coli, spécifier s'il s'agit du type classique ou d'une variété.

M. Fajardo (de Rio-Janeiro) envoie des *préparations de sang palustre* où le parasite coloré se présente avec les mêmes caractères que chez les paludéens d'Algérie.

M. Blaiseau a étudié les *propriétés antiseptiques du fluorure de sodium.*

M. Brown-Sequard envoie une note sur l'innocuité du liquide testiculaire. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 mars 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Discussion sur la suture des nerfs. — La séance est tout entière occupée par la seconde partie de la communication de M. Laborde *sur les conditions biologiques de la régénération et de la restitution fonctionnelle d'un nerf sectionné.* Nous regrettons de ne pouvoir reproduire en entier cet important travail. Voici au moins la partie qui a trait aux expériences personnelles de l'auteur, et ses conclusions.

M. Laborde, après avoir rappelé les lois de la dégénérescence wallérienne et de la regénération autogénique des nerfs, montre que le simple contact établi par la suture, ne saurait sans régénération amener le retour de la sensibilité. Etudiant les conditions de la sensibilité récurrente il rappelle les remarquables expériences d'Arloing et Tripier, qui peuvent être résumées dans les deux principales propositions suivantes :

1° Si, sur les quatre nerfs collatéraux de la patte d'un chien, on en sectionne trois, la sensibilité à la douleur persiste néanmoins sur tous les points des doigts ; mais elle disparaît aussitôt que l'on coupe le quatrième ;

2° Si l'on coupe l'un des nerfs cutanés de la main, les deux bouts restent sensibles, mais la sensibilité du bout périphérique provient, par récurrence, des fibres anastomotiques des autres nerfs cutanés ; car, lorsqu'on annihile par une section convenablement placée l'intervention de ces fibres, la sensibilité du bout périphérique disparaît.

J'ai repris et répété, dit M. Laborde, (de 1884 à 1886), sur le cobaye et sur le chien, particulièrement sur ce dernier, ces expériences, de façon à réaliser, autant que possible, les conditions des sections accidentelles chez l'homme, et les résultats que j'ai obtenus, jusqu'à présent inédits, au moins dans les détails, sont, je crois, de nature, comme on a pu le voir, à apporter de nouveaux éclaircissements à la question complexe et de localité que nous examinons.

Nos sections expérimentales, qui ont eu surtout pour siège l'un des membres antérieurs, répondant au membre supérieur de l'homme, ont porté, tantôt sur un seul nerf, tantôt sur deux à la fois, tantôt enfin sur les trois. Elles ont été pratiquées, soit directement après avoir soigneusement dénudé le cordon nerveux destiné à être coupé ; soit en faisant, à la peau, à diverses hauteurs et dans les diverses régions du membre, des plaies transversales, suffisamment profondes pour atteindre un ou plusieurs nerfs, cherchant à imiter ainsi, autant que possible, les traumatismes éventuels de même nature, qui surviennent chez l'homme, notamment dans le cas de plaies transversales, au lieu d'élection de la région inférieure et antérieure de l'avant-bras et du poignet.

Enfin, nous avons pratiqué, tantôt la suture immédiate, tantôt la suture secondaire, plus ou moins éloignée, en ayant toujours le soin de faire l'examen histologique, aux diverses périodes consécutives à la section des bouts du nerf divisé, et, bien entendu, car c'était là l'objectif essentiel de nos recherches, l'examen non moins attentif de l'état des fonctions sensitives, au cours et dans les diverses péripéties de l'observation expérimentale.

Les résultats fondamentaux peuvent être condensés dans les propositions suivantes :

I. — Lorsque l'on coupe, sur un chien, l'un des troncs nerveux de la patte, sans toucher aux autres, la sensibilité, soit réflexe, soit consciente, n'est jamais abolie, ni même diminuée, dans aucun point de cette patte, ni, par conséquent, dans le territoire innervé par les expansions du nerf coupé. Cette sensibilité persiste tant qu'il reste un des nerfs du membre, mais elle paraît diminuer notablement, au fur et à mesure que les sections successives diminuent et suppriment les voies anastomotiques collatérales : c'est ce qui s'observe surtout dans le cas où cette suppression porte sur l'anastomose principale et constante du médium et du cubital ; anastomose — fait de rapprochement important — qui existe tout aussi bien chez le chien que chez l'homme, au niveau du poignet chez le premier, de la main chez le second. Enfin, toute sensibilité ne disparaît complètement que lorsque tous les nerfs — sans en excepter un seul — ont été coupés.

C'est la confirmation absolue du résultat essentiel des expériences d'Arloing et Tripier, avec cette nuance, qui renforce encore la démonstration, que les modifications de la sensibilité semblent, d'après notre observation, suivre proportionnellement la diminution ou la suppression du champ des anastomoses nerveuses.

II. — Il importe de noter que la constatation qui résulte de la recherche directement faite sur le bout périphérique du nerf sectionné est toujours plus efficace et plus démonstrative que celle de l'exploration de la surface cutanée ; ce qui permet de penser, par déduction légitime, que si, chez l'homme, on pouvait agir et on agissait, pour cette recherche, sur le tronc nerveux lui-même, on déterminerait des phénomènes de sensibilité, dans des cas où l'exploration extérieure ou cutanée ne donne que des effets négatifs ou peu appréciables.

On trouve un autre témoignage du bien fondé de cette supposition dans ce fait que l'intervention chirurgicale peut, en

impliquant, même légèrement, le tronc nerveux, exciter et réveiller la sensibilité momentanément et plus ou moins assoupie. (Observation de Tillaux.)

III. — Dans les cas où le traumatisme expérimental a été brusque, violent, étant réalisé à la manière d'une section accidentelle par une plaie profonde des téguments et des tissus, avec accompagnement de section simultanée des troncs vasculaires de la région et hémorrhagie consécutive, nous avons vu les phénomènes de sensibilité — de toute nature — ou bien faire immédiatement défaut, ou bien être réduits à un *minimum* à peine perceptible; mais le déficit n'est que momentané, il peut durer de quelques minutes à plusieurs heures (deux à trois en moyenne); et l'on constate, ensuite, le retour plus ou moins progressif et complet des fonctions sensitives.

IV. — Enfin, en étudiant la dégénérescence wallérienne, on constate, même au moment où elle est la plus complète, au bout d'un mois et six semaines, qu'il persiste toujours quelques rares fibres non dégénérées.

De tous ces faits, M. Laborde tire les conclusions suivantes :

A. — Il n'est pas possible, d'après les données physiologiques et expérimentales, d'attribuer au simple affrontement, au contact le mieux établi des bouts du nerf divisé, la restitution organique et fonctionnelle du nerf, qui serait dès lors immédiate, extemporanée.

B. — La régénération des tubes nerveux, par le mécanisme bien démontré du bourgeonnement central et de l'expansion périphérique des nouvelles fibres nerveuses, est nécessaire, indispensable pour la restitution organique et fonctionnelle en question.

C. — Les conditions diverses, relatives, soit à la suspension momentanée, soit à la persistance, ou au retour plus ou moins rapide de la sensibilité, trouvent, pour une grande part, leur explication et leur interprétation rationnelle conformes aux données physiologiques, dans les éléments suivants :

1° Phénomènes de sensibilité récurrente; — 2° Phénomènes d'arrêt fonctionnel sous l'influence du choc traumatique, quand il existe; — 3° Suppléances anatomiques, par suite d'anomalies plus ou moins fréquentes dans la présence et la distribution de branches nerveuses, qui ne rentrent pas dans le plan normal; — 4° La présence de fibres récurrentes non dégénérées dans le bout périphérique pouvait aider à la réparation plus rapide du nerf, et par conséquent à une récupération fonctionnelle plus hâtive.

D. — Les phénomènes d'arrêt ou d'inhibition, et d'hyperexcitabilité fonctionnelle ou de dynamogénie, ne sont pas contestables, au point de vue du fait : l'expérimentation et la clinique le démontrent de la façon la plus nette.

Ils peuvent, pour leur part, intervenir pour l'interprétation physiologique de certaines conditions fonctionnelles, à la suite des sections nerveuses et de l'intervention chirurgicale ; mais ils ne sauraient, selon nous, être invoqués pour la compréhension du rétablissement persistant, et surtout définitif des fonctions propres des conducteurs nerveux, en dessus de sa régénération.

E. — Les médications et l'efficacité de la suture, qui ne sauraient être contestées, se justifient surtout, et mieux qu'on ne pourrait le prévoir, par les résultats et les déductions tirés de l'observation expérimentale et des versions physiologiques.

Election d'un membre titulaire dans la section d'hygiène. — Votants 78. Au premier tour de scrutin, M. Magnan est élu par 59 voix contre 14 à M. Motet et 3 à M. Napias. Deux bulletins blancs. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 17 mars. — Présidence de M. Ferran.

M. Galliard présente à la Société un travail personnel sur l'*emphysème du médiastin*. Il signale à ce propos qu'il a eu assez souvent l'occasion d'observer cette complication pendant l'épidémie cholérique de 1892. Chez une femme ayant succombé au choléra on trouva, à l'autopsie, le tissu cellulaire rétrosternal et les gaines vasculaires comme insufflés. Sur les côtés, l'infiltration d'air était moins prononcée, elle était nulle au bord postérieur du poumon. A la coupe, le poumon apparaît rouge vif. Les régions antérieures sont remarquablement remplies d'air. L'emphysème est surtout considérable sous le revêtement pleural droit. Cet emphysème paraît s'être produit par le fait de la dyspnée violente de la malade.

M. Ferran. — L'emphysème ne pourrait-il, dans ces cas, se rattacher à l'infection générale ? Chez un individu qui présentait de l'emphysème sous-cutané abdominal, je n'ai trouvé comme cause possible qu'un peu de ramollissement du foie.

M. Galliard. — L'infection détermine la dyspnée violente et, secondairement, la rupture des vésicules pulmonaires et l'emphysème du médiastin. Il y a un rapport exact entre le point de départ de l'emphysème et le point où le poumon est lésé et rompu.

M. Rendu. — La malade était-elle très dyspnéique ? Je pose cette question parce que j'ai vu des enfants ayant la coqueluche présenter de l'emphysème médiastin et cervical. L'emphysème du médiastin ne doit pas communiquer par lui-même une dyspnée considérable, car l'air a plutôt tendance à s'élever vers la base du cou. Plus rarement il s'étend au-devant du cœur et derrière le sternum.

M. Chantemesse présente des pièces anatomiques montrant les *glandes parathyroïdiennes de Löwe*. Ces glandes accessoires de la thyroïde, dont on sait aujourd'hui l'importance physiologique, par les relations de sa suppression avec le crétinisme et le myxœdème, on les voit très nettement sur les préparations présentées. Il en existe deux supérieures à l'extrémité de l'artère thyroïdienne supérieure et deux inférieures à l'extrémité de l'artère thyroïdienne inférieure. Leur structure est différente de celle de la glande thyroïde. Elles sont constituées par un stroma conjonctif, de nombreux vaisseaux et de petites cellules en amas nombreux. Ces glandes étant situées en dehors de la capsule, on peut donc les épargner quand on enlève la glande. Dans un cas de cancer de cette glande où on avait pratiqué l'extirpation en laissant ces glandes accessoires, elles s'hypertrophièrent. Mais nous ne pouvons affirmer s'il s'agissait de dégénérescence cancéreuse ou de suppléance fonctionnelle analogue à celle signalée pour la glande pituitaire.

M. Rendu. — *Infection généralisée par staphylocoque.* — Ce cas est intéressant au point de vue bactériologique et clinique. Il s'agit d'une femme présentant l'aspect typhique, mais sans fièvre très forte avec un collapsus énorme et un peu de délire la nuit. La maladie avait débuté un mois auparavant par un grand frisson, un violent mal de tête, de l'anorexie, de la toux ; les jours suivants, la malade allant mieux reprend ses occupations et traîne ainsi pendant trois semaines. Toujours manque d'appétit, malaise, affaiblissement, fièvre le soir. Quelques jours avant son entrée, nouveau frisson et angine ; à son entrée, les symptômes qu'elle présentait firent penser à l'alcoolisme, et cette femme était en effet alcoolique. Le cœur, en apparence, était intact. Elle présentait aux deux bases un peu de submatité, des râles diffus, sibilants et muqueux qui n'étaient pas en rapport avec son état général. A la gorge, sécheresse et rougeur du voile du palais. Urines sans albumino, rares, foncées. Les jours suivants, l'état typhique persiste, le souffle naît. Quelques jours après elle mourait dans le collapsus. L'autopsie macroscopique ne montre aucune adhérence pleurale, pas de tuberculose. Atélectasie et œdème pulmonaire. Sur un très petit point, broncho-pneumonie suppurée à droite. A gauche, un peu d'œdème. Foie gras. Cœur gras. Reins gras. L'examen bactériologique montre, au niveau des noyaux broncho-pneumoniques, deux sortes de culture, des pneumocoques rares et des staphylocoques dorés en abondance. Dans le seul point où il y a de la suppuration le pneumocoque est isolé sur tous les autres points, il est mélangé au staphylocoque. Il s'agit donc là d'une infection par le staphylocoque. Ces cas ne sont pas très communs. Et d'ordinaire, le staphylocoque donne des suppurations diffuses, mais pas d'infections généralisées.

M. Netter. — On trouve dans certaines observations des exemples d'infection généralisée par staphylocoque avec splénisation. Mais, dans toutes, on a trouvé du pus. Je n'en connais pas où il n'y ait pas eu de foyer de suppuration.

M. Rendu. — Ce qui me paraît curieux c'est que le pus n'existait que là où les deux microbes sont associés. Au point de vue clinique, la température demeura peu élevée. Elle mourut n'ayant pas dépassé 38°,4.

M. Netter. — Cette malade a dû avoir une broncho-pneumonie à pneumocoques. Mais je ne vois pas comment l'association a pu se produire.

M. Rendu. — Le fait clinique n'est pas en rapport avec l'explication de M. Netter. Cette maladie n'a pas eu la marche ordinaire des broncho-pneumonies. Au point de vue clinique, dans les infections par staphylocoque, la température est tantôt élevée, tantôt basse. On ne peut donc les diagnostiquer qu'en examinant le sang ou la rate. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 mars 1893. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Spina bifida.

M. Monod. — J'ai opéré pour un spina bifida un tout jeune enfant chez lequel j'ai trouvé, à l'ouverture du sac, un gros cordon nerveux sortant par le trou spinal et allant s'insérer au zénith de la poche. J'essayais d'abord de le refouler dans le canal rachidien, mais je n'y pus parvenir. Je le réséquai alors et réunis la plaie en ayant soin de suturer, par-dessus l'orifice osseux, les masses musculaires voisines préalablement avivées. Pansement compressif au collodion et à la ouate salolée. Guérison. Cet enfant n'est mort que plus tard, consécutivement à des cautérisations faites sur un prolapsus rectal concomitant. Pour moi, comme pour tout chirurgien, quand l'enfant ne présente pas de troubles nerveux dans les membres inférieurs, on peut sans grands inconvénients sectionner les nerfs de la poche; d'ailleurs, on ne peut pas dire que les nerfs qu'on peut avoir à sectionner font ou non partie de l'axe médullaire. Il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'il y ait là des phénomènes tout à fait comparables à ceux que M. Berger a décrits pour les encéphalocèles. En tous cas, il importe de traiter le spina bifida non plus par la méthode aveugle des injections, mais bien par des opérations raisonnées, faites à ciel ouvert et adaptées à chaque cas particulier.

M. Berger. — Il ne faudrait pas croire que les résultats des opérations pour spina bifida soient toujours aussi favorables que dans les cas de MM. Ricard et Monod. Souvent les enfants meurent quelque temps après l'opération et je pourrais en citer de nombreux exemples. Tous les enfants atteints de spina bifida naissent peu viables : voilà ce qu'il faut bien savoir. Il me reste des doutes en ce qui concerne l'assimilation du spina bifida à l'encéphalocèle, ou du moins en ce qui a trait au rapprochement indiqué par M. Monod.

M. Félizet. — Tous les enfants atteints de spina bifida, surtout lombaire, ont une vie très compromise à brève échéance. Sur 100, il y en a plus de la moitié (60 0/0) qui meurent au bout d'un an. Et, des 40 0/0 qui survivent, il n'y en a guère qu'une vingtaine qui atteignent un certain âge. Ceux qu'on a opérés adultes ou presque adultes ont donc fait preuve d'une notable résistance et de la possession de lésions anatomiques compatibles avec la vie. Par conséquent, chez ces derniers, l'opération aura une gravité bien moindre que chez un enfant nouveau-né. De plus, en ce qui concerne la possibilité des accidents dus à la compression après l'opération par le liquide céphalo-rachidien, il faut tenir compte de la notion suivante. A la naissance, le rapport du contenu de la poche à celui du canal, par le liquide céphalo-rachidien, est de 1 à 2 ; chez l'adulte il est de 1 à 3 ou 4 au moins; donc, après refoulement du liquide hors de la poche, il y aura, dans le second cas, moins de chances de compression. En résumé, il ne faut pas comparer le spina bifida d'un adulte avec celui d'un jeune enfant et les résultats des opérations faites dans l'une ou l'autre de ces occasions. Il faut bien répéter que beaucoup de jeunes opérés meurent 8 a 10 mois après l'opération d'hydrocéphalie; donc l'intervention n'est pas très bénigne pour eux.

Une discussion s'engage alors entre MM. Sée et Picqué sur les mouvements dont est animé le liquide céphalo-rachidien.

Pathogénie du tétanos.

M. Chauvel lit un rapport sur une observation de *tétanos chronique guéri*, adressée par M. le Dr Ferraton. Un soldat se fait une plaie contuse au doigt. Tétanos chronique. Amputation du doigt; chloral et morphine. Enveloppement de ouate. Expériences répétées avec les urines du malade et le pus de la plaie: il est acquis qu'il s'agit d'un tétanos typique. Guérison sous l'influence du traitement établi avec soin. On trouva un gravier dans la plaie : ce qui prouve bien l'origine tellurique dans ce cas.

M. Larger (Maisons) réclame la priorité pour la théorie de l'origine tellurique de cette affection, se défend d'avoir jamais proposé la théorie équine, qui appartient tout entière à M. Verneuil, déclare ne point s'y rallier et combat les arguments mis en avant par M. Verneuil pour les besoins de sa cause. Les moutons sont aussi souvent atteints de tétanos que les chevaux : il faudrait donc admettre aussi l'origine ovine.

M. Terrier vient appuyer cette démonstration à l'aide de documents d'une haute valeur. Il tient absolument à réhabiliter, dans l'esprit des hommes, le plus bel animal de la création, que M. Verneuil est en train d'accabler sous le poids d'observations plus nombreuses que probantes. M. Terrier a fait depuis longtemps une enquête auprès des Directeurs de toutes les Écoles vétérinaires de France ; aucun d'eux n'a observé de tétanos dans le personnel de ces Ecoles. Or, n'est-ce pas là que le cheval devrait exercer tous ses méfaits ? Ne disons donc pas tant de mal d'un des plus nobles animaux avec lesquels l'homme fréquente. Si les chevaux étaient aussi dangereux que cela, il faudrait presque songer déjà à supprimer pour les médecins militaires, en temps de guerre, l'usage du cheval, car, si la théorie de M. Verneuil était exacte, nos confrères pourraient en effet contaminer tous les blessés! En ce qui concerne la fréquence du tétanos chez les moutons, tous les vétérinaires connaissent ce fait, et la remarque de M. Larger est très juste.

M. Delorme appuie les réflexions de M. Terrier.

M. Delorme présente un artilleur atteint d'un *ostéome des cavaliers*.

M. le Dr Maunoury (de Chartres) présente une malade très intéressante qui a subi successivement 6 opérations, dont plusieurs laparotomies, pour des *kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale*. Après des péripéties mouvementées, cette malade, qui était dans un état déplorable, semble aujourd'hui parfaitement rétablie. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 22 mars 1893. — Présidence de M. Hallopeau.

M. Patein, à propos du procès-verbal, donne son opinion sur le *traitement de la morphinomanie*; il est partisan de l'internement et de la suppression brusque du poison. Certains physiologistes, il est vrai, prétendent que la suppression graduelle est plus rationnelle. D'après eux, la morphine se transformerait dans l'organisme en oxymorphine à propriétés toxiques, dont la morphine elle-même détruirait les effets nuisibles; cette théorie, qui légitimerait la suppression graduelle, inspire peu de confiance à M. Patein.

MM. Duchesne et Grellety prennent part sur le même sujet à une courte discussion, ayant surtout trait aux règlements administratifs nécessaires pour rendre efficace l'internement des morphinomanes.

M. Hallopeau fait une communication sur le *traitement de la pelade*. Lorsqu'elle est en plaques restreintes, l'usage de vésicatoire Bidet, et à la suite des badigeonnages avec l'acide phénique en solution concentrée au 9/10 dans 1/10 d'alcool, appliqués tous les deux jours, amènent la guérison en deux ou trois mois. Généralisée, la pelade s'améliore le plus souvent par l'emploi de la lotion suivante :

Alcool.	100 grammes.
Camphre	àà 20 grammes.
Essence de térébenthine .	
Sublimé corrosif.	0 gr. 10 centigr.

Un médecin militaire, M. le Dr Busquet, s'est servi avec succès contre la pelade d'un mélange de teinture de cannelle

et d'éther. M. Hallopeau a comparé l'action de ce médicament avec celle de l'essence de Wintergreen, dont il fait usage ordinairement en pareil cas. Ayant badigeonné la moitié de la tête d'un de ses malades avec de la teinture de cannelle et l'autre moitié avec de l'essence de Wintergreen, il a constaté l'action beaucoup plus rapide et plus efficace de cette dernière, qui offre encore l'avantage de ne pas irriter la peau comme la teinture de cannelle et paraît, par suite, agir directement sur le champignon, sans amener de modification dans la nutrition des téguments. J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 2 mars. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Discussion sur la valeur clinique des injections de liquides animaux.

M. DELPECH. — Dans les dernières séances il a été apporté un grand nombre de faits qui vont à l'encontre des conclusions favorables de beaucoup d'auteurs très sérieux qui ont expérimenté les liquides animaux. M. Guelpa a avancé, entre autres, que la suggestion seule a une action dans l'emploi de ces médicaments organiques. C'est aller trop loin, car, sans juger la question et sans vouloir donner aux liquides eux-mêmes une valeur, il commence à être démontré que l'action stimulante très réelle qu'ils provoquent chez les sujets déprimés peut être attribuée à des sels phosphoriques organiques qu'ils renferment, peut-être aux *phospho-glycérates*: ceci est parfaitement plausible, attendu que l'on connaît la grande activité du phosphore, même à très petite dose. On pourrait donc alors conclure que les injections de liquides organiques ne sont qu'un procédé favorable d'administrer le phosphore.

M. BARDET. — Les faits cliniques apportés par les praticiens pour avoir une valeur réelle doivent être obtenus avec des liquides bien déterminés. Il est en effet constant que beaucoup de liquides du commerce sont des plus suspects. Or, les auteurs de la méthode, si les liquides employés ne sont pas bien définis, auront toujours la ressource de dire que les insuccès sont dus à l'inactivité des solutions. Pour mon compte personnel, j'ai fait mon opinion sur les résultats que j'ai observés à l'hôpital Cochin où l'on a employé les liquides préparés avec la formule de M. d'Arsonval, pour le liquide testiculaire et des sucs nerveux et pancréatique, préparés très soigneusement, j'en ai la certitude. Or, en dehors de cas de névropathes, sujets toujours suspects, je n'ai jamais pu constater un résultat appréciable dans le traitement de maladies à lésions bien déterminées, qu'il s'agisse de troubles cérébraux, ataxiques ou diabétiques. Je fais donc les plus expresses réserves sur la valeur thérapeutique des injections des liquides animaux. On a parlé du phosphate de soude, considéré comme le principe actif de ces injections, mais avant de juger cette hypothèse je voudrais pouvoir constater des faits réellement favorables observés sur de vrais malades et non pas seulement sur des *débilités* ou des déséquilibrés.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. — Ce qui a fait le plus grand tort à la méthode de Brown-Séquard, comme cela est du reste arrivé pour bien d'autres méthodes, c'est de vouloir lui faire donner plus qu'elle ne peut. Quand on est venu dire dans l'ataxie, dans le cancer, dans le choléra: la guérison par les injections de liquides organiques c'est la règle, évidemment on a dépassé de beaucoup la vérité. Nous ne sommes plus au temps des miracles, et rétablir un organe lésé, est de toute impossibilité. La seule chose que l'on a constatée, c'est une action toxique et nous devons nous en tenir à cette action sans en demander davantage. Malheureusement le groupe des malades, sur lesquels nous la relatons, sont précisément les malades sans lésions, c'est-à-dire les nerveux et par là même les suggestifs sur lesquels toute médication quelle qu'elle soit agit, même le changement de couleur des papiers des appartements (Gruby), et il nous sera toujours très difficile de faire la part exacte entre l'effet thérapeutique réel et la suggestion tant que nous ne connaîtrons pas la composition exacte de la substance active.

M. CONSTANTIN PAUL a prétendu que le liquide nerveux était identique dans ses effets. De là, d'autres auteurs ont déduit que ce qui agissait devait être la substance phosphorée qui y était contenue, d'où injections de solution phosphorée, injections de solution de phosphate de soude donnant des résultats identiques à ceux obtenus par les liquides animaux. Ce qui agit en réalité nous est inconnu, mais, le fait patent, c'est que les vrais ataxiques avec lésions n'ont jamais été guéris. Jusqu'à nouvel ordre, nous ne devons donc retenir de cette méthode qu'un effet toxique produit sur certains malades qui, encore, sont tous de la catégorie des suggestifs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 22 mars 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LEVASSEUR.

M. MANGENOT présente un *porte-plume carré*, qui permet aux enfants d'écrire avec plus de facilité.

M. NETTER présente, au nom de M. PARISOT (de Nancy), une brochure sur *des études d'hygiène*.

M. SAINT-HILAIRE. — *Maladies de l'oreille, du nez et du larynx chez les enfants des écoles.* — L'auteur a examiné 346 enfants. Audition bonne des 2 oreilles, 225; audition médiocre des 2 oreilles, 43; audition mauvaise des 2 oreilles, 38. Sur 225 enfants examinés au point de vue du larynx et du nez, 137 présentaient quelques lésions (hypertrophie des cornets, laryngites, etc.). Les affections qui ont provoqué la surdité sont les suivantes: végétations adénoïdes 67, otorrhées 16, bouchons de cérumen, 15, otite moyenne scléreuse 5, catarrhe de la trompe 15, polype de l'oreille 1, eczéma du conduit 1, malformation du pavillon 1. Tous ces enfants ont eu, à quelques très rares exceptions près, une ou plusieurs maladies infectieuses (277 la rougeole, 10 la rougeole 2 fois, 65 la scarlatine, 59 la variole, 41 la fièvre typhoïde, 17 la diphtérie, 41 des fluxions de poitrines, 50 la coqueluche, 7 du rhumatime, etc.), ce qui donne un total de 567 maladies infectieuses pour 346 enfants âgés de 13 à 16 ans.

M. le Dr HELLET. — *Nouvelle note sur les tueries particulières; nécessité d'une législation spéciale.*

M. NOCARD insiste également sur les dangers des tueries particulières et sur la nécessité d'une nouvelle loi à ce sujet. MARTHA.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies de l'enfance;
par J. COMBY. — Rueff et Cie, Paris, 1893.

Ce petit volume, très intéressant, et qui constitue une bonne mise au point de nos connaissances actuelles sur les maladies de l'enfance, est divisé en deux parties. La première comprend les maladies générales réparties en deux séries, les maladies infectieuses : diphtérie, maladies éruptives, fièvre typhoïde, influenza, paludisme, etc., les diathèses, scrofule, arthritisme, obésité, asthme, diabète, migraine, hémophilie. Puis les dyscrasies acquises, anémies, maladies de croissance, rachitisme. Dans la seconde partie les maladies sont réparties par systèmes organiques. La dernière section est réservée aux maladies de la peau.

Nous signalerons surtout à l'attention de nos lecteurs l'insistance avec laquelle l'auteur préconise les mesures de désinfection, les chapitres relatifs à la tuberculose, à la syphilis héréditaire ou acquise, tout ce qui se rapporte aux troubles amenés par la mauvaise nourriture, la dyspepsie des nourrissons, la dyspepsie après sevrage. L'étude des bronchopneumonies, des pleurésies séreuse et purulente, des méningites, est à consulter avec fruit. La section des maladies de la peau fournira des renseignements particulièrement utiles à ceux des praticiens qui, n'ayant que peu ou pas passé pendant leurs études dans les services d'enfants, n'ont que des notions incomplètes pour le diagnostic et le traitement de ces affections. L.-R. REGNIER.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr FOURNIER, médecin-adjoint du lycée d'Angoulême, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le Dr MACHENAUD, décédé. — M. le Dr GILSON est nommé médecin adjoint du lycée d'Angoulême, en remplacement de M. le Dr FOURNIER.

VARIA

Société pour la propagation de la crémation.

Douzième Assemblée générale.

Samedi 18 mars a eu lieu, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, la douzième Assemblée générale de la Société de Crémation. Aux côtés de M. Bourneville, président, avaient pris place MM. Lefèvre, ancien député, Beurdeley, maire du VIII[e] arrondissement, Salomon, secrétaire général.

M. SALOMON a commencé par examiner les progrès faits par la crémation à l'étranger. Aux Etats-Unis, a-t-il dit, il existe plus de 30 sociétés en plein fonctionnement. En Angleterre, le monument de Manchester, élevé par les soins d'une Société par actions, a été inauguré en septembre dernier. A Working, près Londres, on a effectué, en 1892, 101 incinérations et 24 en janvier-février 1893. En Allemagne, le monument de Ohsdorf, près Hambourg, fermé en 1891, par suite de l'opposition du Sénat hambourgeois, a été ouvert en novembre 1892, lors de l'épidémie cholérique. Pendant les deux premiers mois de cette année, on y a accompli 6 incinérations. Il y en a eu 162 à Gotha et 57 à Heidelberg dans le courant de 1892. A Berlin, sur l'opposition du gouvernement, le Landtag prussien a repoussé par 11 voix contre 5 une pétition couverte de 14,000 signatures demandant la crémation facultative. Le Conseil municipal de Berlin s'est vu refuser l'autorisation d'élever un crématoire *destiné uniquement* à incinérer les corps des personnes décédées à la suite de maladies contagieuses, voire les cholériques. — L'Italie possède maintenant 23 crématoires ; 6 d'entre eux sont la propriété des municipalités. Les 17 autres appartiennent à des Sociétés En Suisse, la crémation est en pleine prospérité. Il y avait des Sociétés prospères en Suède et l'on comptait des crématoires à Stockholm et à Gothembourg ; il y a maintenant une Société à Bergen en Norwège. En Danemark, la loi tendant à rendre la crémation facultative a été promulguée le 1[er] avril 1892. La première incinération a eu lieu à Copenhague en janvier dernier. En Belgique et en Hollande, les partisans de la crémation finiront par l emporter. A Lisbonne, la municipalité a nommé une commission pour se renseigner sur l'emploi de la crémation. Le Brésil et San Salvador se proposent d'imiter la République Argentine. Enfin l'Association des médecins du Canada, les Sociétés savantes et les autorités de plusieurs villes australiennes préconisent l'emploi de la crémation.

M. BOURNEVILLE prend ensuite la parole, et, dans un discours fort documenté, il complète l'exposé des faits relatés par M. Salomon, par des citations empruntées à un certain nombre de journaux de médecine. Ensuite, il donne la statistique des incinérations opérées au crématoire du Père-Lachaise. Il a été procédé en 1892 à 159 incinérations sur la demande des familles, à 2.389 incinérations de débris d'hôpitaux, à 1.426 d'embryons. Les 159 incinérations à la demande des familles comprennent 103 hommes et 56 femmes ; 134 de ces incinérations proviennent d'habitants de Paris, 15 d'habitants de la Seine, 3 de Seine-et-Oise et le reste des départements.

Voici le tableau récapitulatif des incinérations pratiquées à Paris depuis le 31 janvier 1889 où a eu lieu la première crémation autorisée, celle du fils du Dr Jacoby.

ANNEES	INCINÉRATIONS sur la demande des familles.	INCINÉRATIONS de débris d'Hôpitaux.	INCINÉRATIONS d'embryons.	TOTAUX
1889	49	700	»	749
1890	121	2188	1079	3388
1891	134	2369	1238	3741
1892	159	2389	1426	3974

M. Bourneville rappelle que le fait le plus saillant de l'année a été l'institution d'un *Comité de perfectionnement des services de la crémation*, créé en exécution d'une délibération du Conseil municipal. Il parle ensuite des inhumations précipitées et des précautions que l'on doit prendre pour les éviter. Il cite à ce sujet l'expérience thermométrique qu'il a faite maintes fois pour s'assurer, à l'aide de la température du corps, de la réalité de la mort.

Abordant ensuite la question religieuse, il regrette l'intervention du clergé catholique dans une question qui ne regarde en réalité que l hygiène publique. Puis il démontre l'utilité de la crémation dans les épidémies. Les documents qu'il cite, empruntés aux journaux spéciaux, sont presque tous favorables à la crémation. Il n'en est malheureusement pas de même des journaux politiques. M. Bourneville lit l'article d'un écrivain spirituel que « les nécessités de la copie quotidienne ont peut-être plutôt guidé qu'une étude minutieuse ou une conviction profonde. » La crémation n'a jamais eu pour but la profanation des morts ni le manque de respect à leur mémoire. Faisant circuler les très curieuses photographies du rapport de MM. Brouardel, du Mesnil et Ogier sur la destruction des cadavres dans le sol, il démontre tout le hideux de l'inhumation et les causes permanentes de danger produites par les cadavres. Il insiste sur ce fait que les objections médico-légales perdent beaucoup de leur valeur en ce sens que l'incinération n'est autorisée qu'après la délivrance d'un *double certifical médical*, garantie sérieuse contre les inhumations prématurées, garantie contre les empoisonnements. Les médecins légistes devraient protester contre les inhumations faites sans aucune vérification et qui sont la majorité. D'ailleurs la question des empoisonnements perd un peu de sa valeur quand on consulte la statistique. En 1889, sur 146 affaires d'empoisonnement, 93 ont été laissés sans poursuites par le ministère public ; 41 ont été suivis d'ordonnance de non-lieu du juge d'instruction et 12 affaires d'empoisonnement, comprenant 14 accusés ont été jugées. Il termine en faisant appel à tous, pour plaider en faveur de la crémation, qui doit être le seul mode de sépulture chez un peuple civilisé.

M. SALOMON reprend ensuite la parole et passe très complètement en revue tout ce qui a été fait dans le cours de l'année. Il donne enfin lecture de la liste des sociétaires au 17 mars 1893, dont le nombre est de 563, et de la situation financière. Les recettes ont été de 3.325 fr. 15 ; les dépenses de 2.461 fr. 25. Reste en caisse 863 fr. 90, plus 14 obligations de la Ville de Paris à 544 fr., s'élevant à la somme de 7.616 fr.

M. LEFÈVRE, ancien député, et l'un des plus chauds défenseurs de la crémation, par la part qu'il a prise à la Chambre, raconte les difficultés qu'il a eues à surmonter pour faire transporter dans un caveau du cimetière Montmartre, les urnes funéraires renfermant les cendres de ses proches. Il est arrivé à les surmonter et aujourd'hui tout le monde pourra, à l'instar de M. Lefèvre, faire transporter dans les caveaux de famille les cendres de ceux qui vous ont été chers.

Après quelques observations de M. Maret Leriche, insistant sur l'utilité qu'il y aurait à se réunir plus souvent, la séance a été levée. Albin ROUSSELET.

Le Doctorat en médecine et l'Officiat.

Nous avons reçu la lettre suivante signée d'un certain nombre de nos lecteurs, étudiants à l'Ecole de médecine de Grenoble :

« Monsieur le Rédacteur,

Nous sommes à l'Ecole de médecine de Grenoble un certain nombre d'étudiants en possession du titre d'officier de santé, ou sur le point de l'être.

L'article paru dans votre estimable journal, à la date du 11 janvier dernier, nous laisse entrevoir que, faute de fonds disponibles au ministère, le Conseil supérieur de l'Instruction publique ne pourra être réuni en avril, et que, par conséquent le règlement de transformation que nous attendons tous avec tant d'impatience sera de nouveau renvoyé à une date incertaine.

Devant ce contre-temps bien desagréable, nous nous sommes demandés si l'idée d'une souscription, faite parmi les intéressés, ne serait pas opportune, et si, en supposant la souscription faite et la somme de 7 à 8 000 francs réunie, l'Etat accepterait ces subsides pour les consacrer à une prompte solution de la question. »

La seule chose pratique, c'est que nos correspondants fassent intervenir leurs sénateurs et leurs députés auprès des pouvoirs publics. Le renouvellement de la Chambre étant prochain, leur revendication a d'autant plus de chances d'être agréée en haut lieu. (*Bulletin médical*).

Service de santé militaire.

Convocations. — Les appels des médecins et officiers d'Administration du service de santé de réserve et de territoriale viennent d'être fixés de la façon suivante : Dans la réserve, 257 médecins seront convoqués ; 25 médecins-majors de 2[e] classe ; 54 médecins aides-majors de 1[re] classe ; 178 médecins aides-majors de 2[e] classe. Ils seront appelés par moitié, en deux séries ; la première du lundi 15 mai au dimanche 11 juin ; la deuxième, du lundi 21 août au dimanche 17 septembre. Dans l'armée territoriale, 284 médecins seront convoqués, savoir : 50 médecins-majors de 2[e] classe ; 234 médecins aides-majors de 2[e] classe Ils seront également convoqués par moitié ; la première, du lundi 15 mai au dimanche 28 mai ; la deuxième, du lundi 21 août au dimanche 3 septembre.

Les médecins seront convoqués sur le territoire de leurs corps d'armée, à moins qu'ils ne préfèrent accomplir leur stage *sans solde*

dans le centre d'instruction le plus voisin de leur résidence, auquel cas ils devront en adresser la demande au ministre dès qu'ils auront reçu leur ordre de convocation. Toutefois, pour l'appel d'automne, en raison des manœuvres et de leur personnel médical, tous les médecins appelés devront rejoindre le corps d'armée auquel ils appartiendraient en cas de mobilisation. Les médecins affectés à l'Algérie et à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans la région où ils sont domiciliés sans renoncer à la solde de leur grade. Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations. Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée. Les intéressés seront, d'ailleurs, prévenus que ceux qui ne pourraient accomplir leur stage pendant la première période l'accompliraient pendant la seconde, et inversement.

Les Congrès de 1893.

Congrès français de Chirurgie, du 4 au 9 avril, à Paris.

Congrès des Sociétés savantes, à la Sorbonne, du 4 au 7 avril.

Congrès français d'Obstétrique et de Gynécologie, 5, 6, 7 avril 1893, Paris.

Congrès de Chirurgie et de Médecine, à Chicago, 29 mai.

Congrès de Médecine mentale, à La Rochelle, du 1er au 6 août.

Congrès de la Medical British Association, à Newcastle, le 1er août.

Réunion de la *Société helvétique des Sciences naturelles,* à Lausanne, du 3 au 6 septembre.

Congrès médical Panaméricain, à Washington, 5-8 septembre 1893.

Congrès international de Médecine, à Rome, du 24 au 30 septembre. S'adresser à M. M. Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Congrès d'Hygiène, à Chicago, octobre 1893.

2e *Congrès national de l'Education physique,* organisé par la Ligue girondine, à Bordeaux, 1er octobre. S'adresser, pour tous renseignements, à M. Tissié, bibliothécaire universitaire, à Bordeaux.

L'assainissement de la Seine.

A la séance du 13 mars du Conseil municipal, M. Lopin a exposé le programme présenté par le Préfet de la Seine et complété par la commission, en ce qui concerne le service des eaux. La totalité de la dépense s'élève à 116 millions, qui sont répartis de la manière suivante.

Assainissement extérieur : Gennevilliers, Achères, Méry, les Mureaux		40.000.000
Assainissement intérieur :		
Amélioration des anciens égouts	12.000.000	
Collecteurs complémentaires	8.000.000	
Egouts neufs (250 kilomètres)	28.000.000	48.000.000
		88.000 000
A déduire ressource s de l'emprunt de 1892		22.000.000
Total, dépenses		66.000.000
Service des eaux		50 000.000
		116 000 000

M. Lopin a présenté aussi un projet de délibération qui comprend un emprunt de 116 millions basé sur les recettes à provenir de l'application, par voie de mesure obligatoire, du tout à l'égout.

La situation sanitaire au Bénin.

Le Ministre de la marine vient de recevoir la communication de deux rapports sur l'état sanitaire des troupes d'Afrique détachées au Dahomey. Les troupes les plus éprouvées sont celles qui ont fait colonne sur Abomey. Ainsi la légion étrangère constatait, à la date du 12 février, 112 décès, soit 59 provenant de blessures et 53 résultant de maladies. Ces chiffres s'appliquent tant au bataillon qui a fait toute la campagne contre Behanzin qu'aux deux compagnies de relève arrivées en novembre dernier à Cotonou. D'ailleurs, la situation s'améliore, puisque le médecin-major Vallois signale trois décès seulement en janvier, contre vingt-trois en décembre. Le bataillon d'Afrique, fort de 800 hommes, n'a pas pris part aux combats de la colonne expéditionnaire. Il occupe un certain nombre de postes tels que Allada, Dogba, Cotonou; celui d'Adégou, sur l'Oueme, situé dans une région peu salubre, a été évacué. Le rapport du médecin-major, M. Brissey, signale que, sur un effectif de 800 hommes, il y a eu 20 décès, soit 18 soldats et 2 caporaux. Le ministère de la marine, qui communique ces renseignements, n'a pas reçu les rapports concernant les troupes de la marine, infanterie et artillerie, ni ceux qui sont relatifs aux troupes indigènes. Mais on voit déjà quelle valeur il faut attribuer aux renseignements publiés par des journaux qui déclarent que le bataillon d'Afrique a perdu le *quart* de son effectif et qu'un capitaine a enterré en six jours, à Adégou, quarante de ses hommes morts de la fièvre.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 27. — 2e *de Doctorat (2e partie)* : MM. Ch. Richet, Straus, Retterer

MARDI 28. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Gilbert, Ménétrier. — 5e *de Doctorat (1re partie).* Chirurgie. Charité : MM. Guyon, Nélaton, Brun. — 5e *de Doctorat (2e partie).* Charité. MM. Bouchard, Joffroy, Charrin.

MERCREDI 29. — 2e *de Doctorat (1re partie)* : MM. Fournier, Retterer, Poirier. — 3e *de Doctorat,* oral *(1re partie)* : MM. Tillaux, Jalaguier, Varnier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Pouchet, Dejerine.

JEUDI 30. — 2e *de Doctorat,* oral *(1re partie)* : MM. Mathias-Duval, Remy, Poirier. — 3e *de Doctorat,* oral *(1re partie)* : MM. Le Fort, Le Dentu, Maygrier. — 3e *de Doctorat (2e partie)* : MM. Dieulafoy, Ballet, Ménétrier.

VENDREDI 31. — 2e *de Doctorat,* oral *(1re partie)* : MM. Terrillon, Reynier, Retterer. — 3e *de Doctorat,* oral *(1re partie)* : MM. Pinard, Delbet, Ricard. — 5e *de Doctorat (1re partie).* Chirurgie. Charité : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — 5e *de Doctorat (2e partie).* Charité : MM. Potain, Brissaud, Marie.

SAMEDI 1er. — 2e *de Doctorat,* oral *(1re partie).* MM. Mathias-Duval, Quénu, Heim. — 5e *de Doctorat (1re partie).* Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Nélaton, Albarran. — 5e *de Doctorat (2e partie).* Hôtel-Dieu : MM. Bouchard, Chantemesse, Gilbert. — 5e *de Doctorat (1re partie).* Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

JEUDI 30. — M. Chavane. Du lait stérilisé. Son emploi dans l'alimentation du nouveau-né. — M. Lafourcade. De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines.

FORMULES

XVI. — Crayons au phénosalyl.

Phénosalyl pur	1 gramme
Gomme arabique	2 —
Farine	7 —

Glycérine et eau q. s. pour faire des crayons.

XVII. — Ovules au phénosalyl pour pansements vaginaux.

Glycérine	75 grammes
Eau	25 —
Gélatine	10 —
Phénosalyl pur	1 —

Faites fondre et coulez dans les moules de 20 grammes.

XVIII. — Gargarisme.

Phénosalyl pur	5 grammes
Glycérine	25 —
Alcool de menthe	10 —
Eau	450 —

Se gargariser toutes les demi-heures.

XIX. — Sirop au phénosalyl pour antisepsie stomacale

Phénosalyl pur	0 gr. 50
Alcool de menthe	5 gr. »
Sirop simple	250 gr. »

Par cuillerée à bouche quatre fois par jour. Chez les enfants, ce sirop se donne par cuillerée à café. P. YVON.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 mars 1893 au samedi 18 mars 1893, les naissances ont été au nombre de 1251 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 457 ; illégitimes, 176. Total 633. — *Sexe féminin* : légitimes, 450 ; illégitimes, 168. Total, 618.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 mars 1893 au samedi 18 mars 1893 les décès ont été au nombre de 999 savoir, 535 hommes et 464 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3. F. 3 T. 6. — Variole : M. 0. F. 0. T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 5 T. 8. — Scarlatine M. 0, F. 0 T. 0. — Coqueluche : M. 10 F. 13 T. 23 — Diphtérie Croup : M. 11 F. 17, T. 28. — Affections cholériformes : M. 0 F. 0 T. 0 — Phtisie pulmonaire M. 139, F. 76, T. 215. — Méningites tuberculoses : M. 10, F. 9. T. 19. — Autres tuberculoses M. 10 F. 10. T. 20. — Tumeurs bénignes. M. 0 F. 7, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 23, T. 42. — Méningite simple : M. 14, F. 17, T. 31. — Congestion

et hémorrhagie cérébrale : M. 14, F. 24, T. 38. — Paralysie, M 5, F. 2, T. 7 — Ramollissement cérébral : M. 6 F. 9, T. 15. — Maladies organiques du cœur : M. 36, F. 43, T 79. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 8, T. 19 — Bronchite chronique. M. 20, F. 17 T. 37 — Broncho-Pneumonie : M. 24, F. 13, T 37, —Pneumonie : M. 28, F. 29, T. 57 —Autres affections de l'appareil respiratoire ; M. 23, F. 11, T. 34.— Gastro-entérite, biberon : M. 12, F. 18, T. 30 —Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 2, T. 10. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 Débilité congénitale : M. 17, F. 9, T. 26 — Sénilité : M. 8, F. 20, T. 28. — Suicides : M. 12, F. 3, T. 15. Autres morts violentes M. 6, F. 2, T. 8.— Autres causes de mort . M. 80, F. 67, T. 147. — Causes restées inconnues : M 6, F. 2, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 68, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 10. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illegitimes, 7. Total : 28.

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 12 avril. Il sera clos le samedi 6 mai, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 12, jeudi 13, vendredi 14, samedi 15, mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21 et samedi 22 avril. 2° Inscriptions de troisième et de quatrième années de Doctorat et de deuxième, de troisième et de quatrième années d'officiat, les mercredi 26, jeudi 27, vendredi 28, samedi 29 avril ; les jeudi 4, vendredi 5 et samedi 6 mai. MM. les Etudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. MM. les Etudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Avis spécial à MM. les Internes et Externes des Hôpitaux.— MM. les Etudiants, Internes et Externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 2e trimestre 1892-93. Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Les sages-femmes a la Faculté de médecine de Paris. — On a annoncé que le Conseil de la Faculté de médecine avait interdit aux élèves sages-femmes l'accès de certains cours et, notamment, du cours complémentaire d'accouchement, professé par M. l'agrégé Maygrier. La vérité est qu'il en est ainsi depuis trois ans et, récemment, l'administration de la Faculté a simplement ordonné que le règlement fût strictement appliqué. Il n'y a là qu'une mesure de discipline intérieure. Les élèves sages-femmes reçoivent à la clinique d'accouchements un enseignement théorique et pratique complet. Les cours de la Faculté leur sont tout à fait inutiles, car elles n'ont le droit de faire que les accouchements simples.

Ecole de médecine et de pharmacie de Tours. — M. Meunier (Jules-Marie-Edouard), docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Collège de France. — M. Ranvier, professeur d'anatomie générale au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1892-1893 par M. le Dr Malassez.

Ecole pratique des Hautes-Etudes. — M. le Dr Dareste commencera ses Conférences pratiques d'Embryogénie normale et tératologique le mardi 11 avril, et les continuera les samedi et mardi de chaque semaine. Laboratoire de Tératologie à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine (batiment du musée Dupuytren).

Faculté de médecine de Nancy. — M. Macé, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'hygiène à la dite Faculté.

Facultés libres de Lille — *Troubles.* — Les étudiants de la Faculté catholique de Lille ont fait une manifestation devant les bureaux du *Progrès du Nord.* Une trentaine d'entre eux sont venus dans la soirée pousser des cris de « Conspuez le *Progrès !* » Le public qui stationnait devant ce journal a répondu par les cris de : « Vive le *Progrès !* » La police a invité les étudiants à se disperser. Un groupe d'étudiants est allé devant la demeure du maire de Lille pour le siffler. Le maire était absent quand cette manifestation s'est produite.

L'Hygiène au Conseil d'Etat. — M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'intérieur, est nommé conseiller d'Etat en service extraordinaire, en remplacement de M. Lagarde qui a été nommé conseiller d'Etat en service ordinaire.

Service de santé militaire. — *Les cadres.* — La Commission de l'armée de la Chambre des députés, presque à l'unanimité, a décidé d'augmenter les cadres des médecins militaires. Il y aurait de la sorte 10 médecins inspecteurs au lieu de 9, 50 principaux de 1re classe au lieu de 45, 60 de 2e classe au lieu de 45, 340 majors de 1re classe au lieu de 320, et 500 majors de 2e classe au lieu de 480. Mais il n'y aurait que 480 aides-majors au lieu de 460 et que 60 pharmaciens au lieu de 126. De la sorte nous aurions donc un effectif pour l'armée active de 1.441 médecins au lieu de 1.360 (y compris les élèves du Val-de-Grâce), soit une augmentation de 81. Ce n'est pas cette augmentation,—certes, très bonne,—qui est capable de nuire à l'un des principaux arguments que nous avons développé dans le rapport rédigé au nom de l'Association de la Presse médicale, relativement au service militaire des étudiants en médecine. Ajoutons à ce propos une réflexion qui nous est suggérée par les remarques qu'a bien voulu faire sur ce rapport, dans l'*Année médicale de Caen*, notre excellent confrère, M. le Dr H. Marais. Il nous semble que notre collègue s'est légèrement mépris sur le sens d'une phrase du paragraphe consacré aux internes des hôpitaux. « *Je n'ai jamais voulu dire* que les médecins, n'ayant pas passé par l'internat, étaient TOUS *forcément moins instruits et moins capables que ceux qui ont subi le concours.* Ayant été interne des hôpitaux en province, dans une ville où il n'y a pas de Faculté, et interne à Paris, je prie mon cher confrère de croire que je ne pousse pas la naïveté à ce point. J'ai voulu parler, comme bien on pense, de la majorité des cas et je maintiens mon dire. Il y a des exceptions à tout, mais je n'avais pas à m'en préoccuper. (M. B.)

Ecole de santé militaire. — Voici la liste des élèves de l'Ecole de santé militaire de Lyon qui sont entrés cette année au Val-de-Grâce, après avoir soutenu leur thèse avec succès : Arlhac (d'), Arrufat, Auclert, Augier, Beaujeu, Baussenat, Bichelonne, Binet, Biraud, Bousquet, Camichel, Casteret, Cavaroz, Chavigny, Chevron, Crussard, Cuinier, Damond, Delaris, Duhaut, Dumas, Fasquelle, Fournié, Garret, Gaurand, Génod, Guichard (Albert), Haller, Hirtz, Hotchkiss, Jolly (Louis), Jolly (Adrien), Labaste, Lafforgue, Laur, Maffre, Maginelle, Maissiat, Mangenot, Marchet, Mariau, Mathieu (Jean), Michel, Monéger, Moruet, Pech, Perrogon, Raynaud, Ray, Sabatier, Saint-Paul, Torasse, Vigier, Vincent.

Service de santé de la marine. — Par décret, en date du 18 mars 1893, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin de 2e classe : M. le Dr Corolleur, ancien docteur dans la marine.

Service de santé des colonies. — MM. les médecins de 1re classe Aubry et Buisson embarquent, le premier sur le *Faucon*, le second sur le *Jean-Bart*.

Association française par l'avancement des sciences. — *Congrès de Besançon.* — L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra, cette année, son congrès annuel à Besançon, du 3 au 10 août. Le bureau de l'Association pour 1893 est présidé par M. Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Le programme du congrès comporte, outre les réunions des dix-sept sections et les réunions générales, des excursions à Montbéliard, Belfort, Salins, des conférences au théâtre, des visites aux musées, observatoires, fabriques d'horlogerie, papeteries, salines, soudière, bains salins, établissements industriels de la région (Beaucourt, Belfort), etc.

Hopitaux de Paris. — *Concours du Bureau central en chirurgie.* — Le jury du concours des chirurgiens au bureau central est composé de MM. Delens, Jalaguier, Le Dentu, Marchand, Nélaton, Prengrueber et Terneson.

Missions scientifiques. — M. le Dr Carton, médecin-major de l'armée, correspondant du Ministère de l'Instruction publique, est chargé d'une mission scientifique en Tunisie, à l'effet de poursuivre les fouilles archéologiques de Dougga. — M. René Nicklès, docteur ès sciences naturelles, ingénieur civil des mines, est chargé d'une mission scientifique en Espagne, à l'effet d'y poursuivre des recherches géologiques sur les terrains secondaires et tertiaires de l'Andalousie.

Société obstétricale de France. — Elle tiendra sa deuxième session le mercredi 5, le jeudi 6 et le vendredi 7 avril 1893, dans

le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. — Première séance (dite séance d'affaires) le mercredi 5 avril 1893, à 9 heures du matin. Ordre du jour : 1° Allocution du président ; Election des nouveaux membres titulaires ; 2° Rapports du secrétaire général et du trésorier ; 3° Nomination de membres honoraires et de membres associés ; 4° Fixation de l'ordre du jour des séances suivantes de la deuxième session. — La Société a mis à l'étude, pour la deuxième session, les deux questions ci-après : 1° De la symphyséotomie ; 2° Des services d'accouchements en France.

Banquet de l'Internat. — Le banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 8 avril prochain, à 7 heures 1/2 précises, au restaurant Marguery (boulevard Bonne-Nouvelle, près le théâtre du Gymnase), sous la présidence de M. le Pr Brouardel. Le prix de la cotisation (20 fr. pour les anciens internes, 16 fr. pour les internes en exercice) peut être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou adressé directement au directeur Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

XIe Congrès international de médecine a Rome (Septembre et Octobre 1893). — *Exposition Internationale de Médecine et d'Hygiène.* — A l'occasion du XIe Congrès Internatial de Médecine qui, au mois de septembre prochain, réunira à Rome un grand nombre de savants et de praticiens en toutes les branches médicales, et d'hommes éminents qui s'intéressent aux applications des sciences sanitaires, au bien-être matériel et moral de l'humanité, il y aura une Exposition Internationale de Médecine et d'Hygiène. La Ville de Rome a destiné à cet effet le palais des Beaux-Arts, situé rue Nationale, à peu de distance du siège du Congrès médical. L'Exposition sera ouverte du 15 septembre au 15 octobre, et pourra être prorogée. S'adresser, pour tous renseignements, à M. Marcel Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Exposition d'hygiène du Havre. — La municipalité du Havre, de concert avec le corps médical, organise en ce moment une exposition internationale d'hygiène qui aura surtout pour but de mettre en lumière les moyens les plus propres à préserver les grandes villes des épidémies meurtrières comme le choléra ou la fièvre typhoïde.

Perruches infectieuses. — M. le Dr Dujardin-Beaumetz, aidé de M. Dubief, médecin-inspecteur de la préfecture de police, prépare un rapport sur quatre décès récemment survenus et occasionnés par des perruches infectieuses dans les circonstances suivantes. Quatre personnes avaient donné à manger à leurs perruches de bouche à bec. Elles sont décédées à la suite d'une maladie pernicieuse dont le caractère n'a pu être défini.

Distinctions honorifiques. — *Légion d'Honneur.* — Par décret, en date du 14 mars 1893, M. le Dr Decès (de Reims) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Récompense et refus. — A la suite de l'épidémie cholérique qui a sévi dans les derniers mois de l'année à Lorient et à Hennebont, des médailles de bronze ont été décernées aux docteurs Sauvage et Leissen. Ces deux médecins, d'après le *Temps*, viennent d'informer le sous-préfet de Lorient qu'ils refusaient les médailles, ne jugeant pas la récompense en rapport avec les services rendus par eux.

Un nouveau procédé de lavage de l'estomac. — S'il faut en croire M. Sclons, l'éléphant aurait une singulière habitude. Quand il fait très chaud, qu'aucune rivière ou source n'est à proximité, il s'introduit sa trompe dans l'estomac, pompe l'eau qui s'y trouve et s'en arrose le dos... Il pourrait sans doute faire aussi le contraire.

Le baiser et ses méfaits. — Un médecin de l'Ohio propose une loi pour l'abolition du baiser, « *chose insalubre et constituant une menace pour la santé.* » « Nous nous associons complètement, dit la *Revue scientifique*, sinon à la demande d'une loi, du moins à l'abandon d'une habitude qui doit entrer pour une bonne part dans la transmission des maladies contagieuses d'enfant à enfant. » Nous ajoutons avec l'*Echo de Paris* : Est-ce une nouvelle Ligue (*la Ligue contre la licence des lèvres*) qui se prépare ?

Un journal de médecine pour les femmes. — *Un confrère de plus.* — Il se publie désormais à Toledo, aux Etats-Unis, sous la direction du Docteur ou de la Doctoresse (car le sexe de cette personne n'est pas apparent) E.-M. Roys Gavitt, un journal qui, selon son titre, *The Woman's medical Journal*, est consacré aux intérêts des femmes médecins (*Rev. scient.*).

Médecins et institutrices. — On a lu dans les journaux politiques la tragique idylle qui vient de se dérouler sur l'Acropole d'Athènes, entre un médecin de l'armée hellénique et une gouvernante attachée à la maison de la princesse royale de Grèce. Notre jeune allemande — on nous dit qu'elle était fort jolie, voire même rayonnante de jeunesse et de beauté, et fort élégante, — désespérée d'être abandonnée par l'amoureux — un de nos confrères — qu'elle avait rencontré au cours de ses nombreuses visites à l'Acropole, s'est suicidée en se précipitant du haut de la terrasse de ce monument. Notre confrère grec, désespéré, a réussi, malgré la surveillance de sa famille qui redoutait son état d'exaltation, à se tuer d'un coup de pistolet. — Gentil Amour, cruelle Poésie, rayonnant Soleil du Midi, voilà bien de vos coups !

Un Émule d'Inaudi. — *Le calculateur Diamanti.* — Dans une récente séance de l'Académie des Sciences, le secrétaire perpétuel, M. Bertrand, a informé l'Académie du désir exprimé par un calculateur, M. Diamanti, d'être soumis à un examen de calcul de mémoire. Ce vœu a été transmis à la Commission précédemment nommée à l'occasion d'une demande semblable du calculateur Inaudi. Attendons-nous prochainement à quelque match d'un nouveau genre entre ces deux calculateurs, qui fera peut-être pâlir la gloire des héros du jour, Corre et Terront. (*La Sc. mod.*)

Meurtre du a un aliéné. — Un aliéné en traitement à un hôpital de Lyon, pris soudain d'un accès de folie furieuse, a frappé d'un coup de couteau dans la région du cœur le chef cuisinier. La mort a été instantanée. Le meurtrier, qui était depuis longtemps très calme, était depuis un an employé à la cuisine.

Nécrologie. — M. le Dr Reboulleau (de Nancy), ancien médecin de la marine, s'est suicidé. — M. le Dr Arnold, médecin major de 2e classe à Guelma. — M. le Dr Bardol (de St-Chély d'Arches). — Un médecin très original vient de mourir à Llantrissant à l'age de quatre-vingt-douze ans. Il s'intitulait l'Archi-Druide de Galles, portait une peau de renard sur la tête et des pantalons verts garnis d'ornements rouges (??) On ne nous dit pas son nom, et nous le regrettons. — M. le Dr Duvault, de Paris-l'Hôpital (Saône-et-Loire).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Lariboisière. — *Clinique laryngoscopique.* — M. le Dr Gouguenheim : dimanche 26 février, à 10 heures ; il les continuera tous les dimanches à 9 heures du matin.

Hôpital des Enfants-Assistés. — M. Kirmisson : les lundis et vendredis à 9 heures. Les leçons de cette année seront consacrées aux maladies du rachis.

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr Bonnaire, accoucheur du Bureau central : le mardi, à 5 h. 1/4 ; jeudis, samedis et mardis (Amphithéâtre Velpeau). Le cours sera complet en deux mois et demi environ. — A la fin du cours, *Manœuvres opératoires*, conférences par M. le Dr Legry. — M. le Pr Budin, chef de service, tous les jours à 9 heures du matin. *Leçon clinique*, le jeudi, à 10 h. 1/2.

Hôpital de la Charité. — M. le Dr P. Budin : leçons de *clinique obstétricale* le jeudi, à 10 heures du matin (Amphithéâtre Velpeau).

Hospice de la Salpêtrière. — *Service d'Electrothérapie.* Le service d'électrothérapie installé à la Salpêtrière reçoit chaque jour près de 300 malades. M. le Dr Navarre a fait observer, à l'une des dernières séances du Conseil municipal, que les formalités exigées des malades par l'administration sont assez onéreuses pour les indigents. Après avoir entendu MM. Peyron, directeur de l'Assistance publique et Deschamps, le Conseil s'est rallié aux conclusions de M. Navarre et a déclaré que le service d'électrothérapie à la Salpêtrière sera désormais ouvert à tous les malades de la ville et des hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique chirurgicale* : M. Richelot : leçons cliniques le mercredi, à 9 heures et demie. Les travaux du service sont organisés comme il suit : *Lundi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Mardi* : Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (Salle Denonvilliers). — *Mercredi* : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opération. — *Jeudi* : Opération abdominale (Châlet). — *Vendredi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Samedi* : Opérations abdominales (Châlet). — *Service de M. le Dr* Bar, visite chaque matin à 9 h. ; — lundi et vendredi, à 10 h., leçons théoriques sur la grossesse et l'accouchement, par le Dr Tissier ; — conférences au laboratoire par le Dr Rénon.

Hopital de la Pitié. — M. Albert Robin. — (*Semestre d'hiver*). vendredi à 9 1/2 : Leçons sur les maladies de l'estomac : Clinique et thérapeutique. Mercredi à 9 h. : Examen des malades nouveaux. Lundi et samedi : Conférence clinique. — (*Semestre d'été*). Vendredi à 9 1/2 : Leçons de chimie pathologique appliquée à la thérapeutique. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Reclus

(Amphithéâtre n° 3), le jeudi à 9 heures. Mardi et samedi, leçons cliniques au lit du malade.

HÔPITAL DE LOURCINE. — M. le Dr DE BEURMANN : Affections vénériennes et syphilitiques, le lundi à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux :* M. DEJERINE, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales :* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants :* M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — M. le Dr F. RAYMOND : Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le jeudi, à 10 heures.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES (149, rue de Sèvres). — *Chirurgie infantile. Orthopédie.* — M. le Dr de SAINT-GERMAIN, le jeudi, à 9 heures. — Depuis le 1er février, M. MARFAN, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies de l'enfance, fait des leçons à l'hôpital des Enfants-Malades, à quatre heures de l'après-midi, les mardis et samedis.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. HALLOPEAU : le dimanche, à 9 heures 1/2, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques.

HÔPITAL DU MIDI. — M. HUMBERT : le mardi, à 9 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

FÉRÉ (Ch.). — La pathologie des émotions (Etudes physiologiques et cliniques). Volume in-8 de 617 pages. Prix. . . 12 fr.
FRITSCH (H.). — Traité clinique des opérations obstétricales. Traduit sur la 4e édition allemande par J. Stas, avec une préface de Van Cauwenberghe. Volume in-8 de 363 pages, avec 90 figures. Prix. . . . . 10 fr.
CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. 6e Session. Paris, 1892. Procès-verbaux, mémoires et discussions. Publié sous la direction de M. le Dr L. Picqué. Volume in-8 de 799 pages, avec 86 figures. — Prix. . . . . 16 fr.
REVERDIN (A.).—De l'énucléation dans le traitement du goitre. Brochure in-8 de 48 pages. avec 8 planches hors texte.

Librairie RUEFF et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

COMBY (J.). — Traité des maladies de l'enfance. Volume in-12 cartonné, de 872 pages. — Prix. . . . . 12 fr.
SAPPEY (C.). — Traité d'anatomie générale comprenant l'étude des systèmes, des tissus et des éléments. Etude fondée sur une méthode nouvelle : La méthode thermo-chimique ou méthode des dissociations. Première partie. Volume in-8° de 328 pages, avec 102 figures. — L'ouvrage sera complet en deux parties.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

BINAUD (W.). — De l'hématocèle pelvienne intrapéritonéale, considérée particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire (anatomie pathologique. Aperçu pathogénique et tableau clinique. Traitement). Volume in 8 de 167 pages.
ARNAULT (L.). — Traitement de la syphilis par les injections de succinamide mercurique. Brochure in-8 de 64 pages.

GAJKICWICZ (W.). — Syphilis du système nerveux. Volume in-8 de 210 pages. — Prix . . . . 5 fr.
FERWICK (H.).— Golden Rules of Surgical practice for the use of dressers. Brochure in-32 de 67 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Bristol, 1892. — J. Wright et Co.
LEVIEUX (Ch.). — Discours prononcé à l'hôpital Saint-André, le 8 novembre 1892, dans la séance d'installation des internes et des externes. Brochure in-8 de 20 pages.
GORDILLO-LOZANO. — Distracciones anticolericas. Brochure in-8 de 48 pages. —Madrid, 1884. — Imprenta Saco y Brey.
HERRICK (C.-L.). — The Commissures and Hystology of the Teleost Brain. Brochure in-8 de 6 pages, avec 3 figures. — Iéna, 1891. — Verlag von G. Fischer.
HERRICK (C.-L.). — Notes upon the anatomy and histology of the prosencephalon of Teleots. Brochure in-8 de 9 pages, avec 2 planches. — *The American Naturalist.*
PROELL (G.). — Gastein. Station thermale d'été. Brochure in-8 de 72 72 pages; avec 2 planches. — Vienne, 1892. — Ch. Gerold fils.
HUCHARD (H.). — Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux. (Leçons de clinique et thérapeutique. Les cardiopathies artérielles, maladies de l'hypertension artérielle, artério-sclérose généralisée, cardio-sclérose, aortites, angine de poitrine). Volume in-8° de 892 pages, avec 65 figures et 4 planches hors texte. — Prix . . . . 10 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

gauche, en haut et en arrière ; elle était provoquée par la station debout; elle disparaissait lorsque la malade s'asseyait ou se couchait : voilà ce que nous savions déjà.

La femme ayant été placée sur le ventre, la pression sur les apophyses épineuses de la région lombaire et du sacrum ne détermina aucune sensibilité. Toute la partie droite du bassin, la crête iliaque, les épines iliaques, la symphyse sacro-iliaque pouvaient être explorées facilement, même en déployant une certaine force dans les pressions faites avec le pouce. A gauche, on ne provoqua d'abord aucune douleur dans toute l'étendue de la région fessière, mais quand on parvint au-dessous de l'épine iliaque postérieure et supérieure, en arrière de la symphyse sacro-iliaque, la femme se plaignit vivement. Cet examen a été répété un certain nombre de fois et toujours avec un résultat identique. La douleur, qui s'irradiait jusqu'à la partie postérieure de la cuisse, avait donc son point de départ nettement limité, on ne la provoquait ni sur la partie inférieure de la fesse, ni dans la fosse iliaque externe, ni au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

Si on appuyait brusquement sur la plante du pied, en refoulant de bas en haut vers la hanche le membre inférieur gauche étendu et soulevé au-dessus du plan du lit, si exerçant de fortes pressions sur les deux crêtes iliaques, de dehors en dedans, on tentait de les rapprocher ou si, agissant au contraire de dedans en dehors, on tentait de les écarter, on provoquait la même douleur, au même point, avec les mêmes caractères, seulement elle était beaucoup atténuée. Si, au contraire, on appuyait séparément sur les grands trochanters, aucune sensation pénible n'était accusée.

Enfin, la malade étant sur le dos, si on mettait la main sur la paroi abdominale et si on appuyait sur la fosse iliaque interne en se dirigeant en arrière et aussi bas que possible, à gauche, non loin du promontoire, en dedans du psoas, on déterminait encore de la douleur. Des pressions semblables exercées au même endroit, du côté opposé, ne produisaient aucune gêne.

Le toucher vaginal permettait une exploration très facile du bassin. La femme étant placée sur le dos, on trouvait le col et le corps de l'utérus un peu gros, tels qu'ils sont chez une personne récemment accouchée : des pressions à droite et à gauche ne déterminaient aucune sensibilité des annexes. Tous les organes contenus dans l'excavation étaient sains. Si, avec deux doigts, l'index et le médius, on atteignait la face antérieure du sacrum, les trous sacrés, la symphyse sacro-iliaque et la ligne innominée du côté droit, la malade n'accusait rien de particulier. Il en était de même d'abord à gauche, mais quand après avoir exploré les régions latérales, les doigts, ayant refoulé profondément les tissus, atteignirent la symphyse sacro-iliaque gauche, la douleur fut immédiatement réveillée et elle arracha un cri. Cette douleur, qui s'irradiait vers la cuisse, avait son point de départ nettement limité à l'articulation : il était d'autant plus facile de s'en rendre compte que, à ce niveau, il existait une ligne saillante, un léger bourrelet, une sorte de gonflement non accompagné toutefois d'empâtement périphérique et limité à l'interligne articulaire.

L'exploration interne nous permettait donc d'arriver à une localisation plus précise encore du siège de la douleur. Les mêmes recherches faites en pratiquant le toucher de la main gauche donnèrent les mêmes résultats

Y avait-il réellement une mobilité anormale des symphyses comme on l'avait supposé pendant la grossesse ? Pour le savoir, j'ai essayé le procédé indiqué par J. Matthews Duncan: il recommande de mettre une main à plat sous le siège de la malade et de fixer son attention sur les apophyses épineuses de la crête sacrée et sur les épines iliaques postérieures; l'autre main appuie d'avant en arrière sur la crête iliaque. On pourrait ainsi sentir les mouvements anormaux s'il en existait. Je n'en trouvai point.

Je procédai encore autrement: je fis mettre la femme debout et deux doigts introduits dans le vagin pénétrèrent jusqu'au bord inférieur de la symphyse sacro-iliaque gauche avec laquelle ils restèrent en contact; je fis marcher sur place la patiente, je la fis s'incliner en avant et se redresser : je ne sentis aucun déplacement des surfaces osseuses.

En présence de ces symptômes et de ces constatations diverses, je pensai qu'il existait une légère arthrite de la symphyse sacro-iliaque gauche.

Avant de discuter ce diagnostic, permettez-moi de vous rappeler les modifications physiologiques qui surviennent dans les articulations pelviennes pendant la grossesse et l'accouchement.

Il existe pour le bassin, vous le savez, des articulations *extrinsèques* et des articulations *intrinsèques*.

Les articulations *extrinsèques* sont celles du sacrum avec la colonne vertébrale, en haut; des os iliaques avec les fémurs, en bas. Je n'ai point à m'en occuper. Celles qui sont importantes pour nous sont les articulations *intrinsèques*, c'est-à-dire celles qui unissent entre eux les os propres du bassin : ce sont la symphyse pubienne, les deux symphyses sacro-iliaques et la symphyse sacro-coccygienne.

D'une manière générale, on peut dire qu'elles sont toutes constituées par des surfaces osseuses plus ou moins planes. Ces surfaces sont encroûtées de cartilages ou bien il existe entre elles un disque fibro-cartilagineux; elles sont maintenues en contact par des ligaments périphériques. Les symphyses sacro-iliaques possèdent encore des ligaments fibreux courts et puissants qui, en arrière, fixent solidement les os l'un à l'autre. La force de ces ligaments est telle que, si on vient à sectionner la symphyse pubienne, les os iliaques tiraillés en arrière et en dehors subissent un mouvement de bascule qui détermine un certain degré d'écartement spontané des pubis. Enfin, ou il existe une synoviale articulaire entre les surfaces articulaires, ou le disque fibro-cartilagineux est si ramolli qu'on a cru à la présence de cette synoviale.

Un détail anatomique est important à signaler pour la symphyse sacro-iliaque. On y trouve parfois sur les os des iles une saillie assez marquée qui pénètre dans une cavité correspondante creusée sur le sacrum au niveau de la deuxième vertèbre. Cette saillie à base assez large forme comme un petit rocher conique un peu irrégulier. Cette disposition avait frappé Paul Dubois, puis J. Matthews Duncan qui ont attiré sur elle l'attention. En effet, si les surfaces articulaires étaient planes, elles pourraient, sous diverses influences, glisser l'une sur l'autre, soit à la suite d'une pression violente exercée sur le tronc de haut en bas, par un choc, soit à la suite d'une pression exercée au contraire de bas en haut, par une chute sur les pieds.

Que se passe-t-il au niveau de ces articulations pendant la grossesse et pendant l'accouchement? Le bassin est une filière qui doit être traversée par le fœtus. Si

elle est un peu étroite ou si le fœtus est un peu volumineux, la mobilité des articulations devient d'une grande utilité.

Chez certains animaux, les cobayes par exemple, dont le bassin est très petit, il se produit pendant la gestation un ramollissement considérable des tissus, au niveau de la symphyse pubienne. Ce ramollissement est tel, qu'il permet à la tête du jeune de franchir un canal à travers lequel il semblait ne pouvoir passer. Chez la femme, il existe aussi au niveau de cette articulation un ramollissement considérable des tissus : quelquefois même, dans la situation couchée, on peut sentir un écartement des pubis. Madame Boivin et Madame Lachapelle en ont signalé des exemples. Madame Boivin aurait, dans un cas, noté un intervalle de 27 millimètres entre les deux surfaces osseuses. Mais ce sont là des faits exceptionnels. En général, on ne trouve pas cet écartement par la palpation. Si on veut se rendre compte du relâchement articulaire, il faut mettre la femme debout, pratiquer chez elle le toucher vaginal, placer la pulpe de son index en rapport avec le bord inférieur de la symphyse et faire marcher sur place. On constate alors nettement à chaque pas un chevauchement qui est quelquefois très considérable, surtout chez les multipares.

Du côté des symphyses sacro-iliaques, il existe aussi un ramollissement des tissus. Chez quelques animaux, les os pubiens sont soudés entre eux ; par compensation, le sacrum et les os iliaques deviennent mobiles les uns sur les autres pendant la gestation. On voit les femelles arrivées près du terme marcher avec un déhanchement particulier.

Peut-on, chez la femme placée debout, constater par le toucher cette mobilité des symphyses sacro-iliaques, comme on le fait pour la symphyse pubienne? C'est peu probable, et la raison en est facile à comprendre, si on se rappelle la saillie osseuse qui existe parfois sur l'os des iles, le pivot signalé par Paul Dubois et qui pénètre dans une dépression du sacrum : il ne saurait permettre un chevauchement de haut en bas des os l'un sur l'autre.

Mais ce pivot autorise, ou pour mieux dire facilite des mouvements d'avant en arrière et d'arrière en avant de la base et du sommet du sacrum, ce que les Anglais appellent des mouvements de *nutation*. La partie de l'os sacré qui se trouve au-dessous du pivot étant plus longue que celle située au-dessus, le déplacement de la pointe du sacrum sera plus considérable que celui de sa base.

La laxité qui existe au niveau des symphyses sacro-iliaques permet un écartement des ischions et des épines sciatiques qui peut être assez considérable : d'autant plus considérable, comme l'a montré Laborie, que la distance qui va de la symphyse à la tubérosité ischiatique est assez grande : ce bras de levier étendu permet un agrandissement plus marqué des diamètres du détroit inférieur, prouvé depuis par les expériences de Korsch et par celles de Tarnier et Potocki. Ces faits expliquent pourquoi l'accouchement est parfois, chez les cyphotiques, plus facile qu'on ne l'aurait supposé au premier abord, surtout si la pointe du sacrum ne se trouve pas portée très en avant et n'apporte pas ainsi un nouvel obstacle à l'expulsion.

Enfin, l'articulation sacro-coccygienne est, à la fin de la grossesse, le siège d'une grande mobilité : si on pratique le toucher, la femme étant sur le dos, on sent que le coccyx subit un mouvement de bascule considérable. Si on place la femme sur le côté, le coccyx se laisse encore refouler d'avant en arrière par l'index introduit dans le vagin, tandis que le pouce placé à l'extérieur, au niveau de l'articulation, constate que le sacrum reste immobile.

Telles sont les modifications que subissent les articulations pelviennes pendant la grossesse. Au moment de l'accouchement, il se produit un écartement en général léger, quelquefois plus marqué des pubis. La femme étendue sur le dos fléchit les cuisses, éloigne les genoux l'un de l'autre, appuie ses pieds sur le plan du lit et contracte ses muscles adducteurs. L'écartement des pubis détermine une augmentation des diamètres transverses et obliques du bassin.

Lorsque la tête va franchir le détroit supérieur, les mouvements de nutation peuvent venir à son aide, le sacrum bascule et sa base se porte en arrière, tandis que sa pointe se dirige en avant : de là, un agrandissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

Quand l'extrémité céphalique est parvenue sur le plancher périnéal, le mouvement de nutation se produit en sens inverse, la pointe du sacrum est reportée en arrière : de là, une augmention du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

Enfin, la mobilité qui existe au niveau de l'articulation sacro-coccygienne est telle que le coccyx peut être alors considéré comme *partie molle*. Il n'apporte pas plus d'obstacle à la parturition que les masses musculaires au milieu desquelles il se trouve.

Mais de la mobilité physiologique à la mobilité anormale, il n'y a qu'un pas : si les modifications sont poussées à l'excès, elles peuvent devenir pathologiques : de là des difficultés pour la marche, de là aussi des douleurs s'il survient de l'irritation au niveau de la symphyse pubienne. Des phénomènes analogues pourront aussi, bien qu'exceptionnellement, se produire du côté des symphyses sacro-iliaques.

On distingue deux variétés d'arthrites sacro-iliaques : les unes s'accompagnent d'une abondante suppuration, les autres n'offrent aucune collection purulente. Les premières surviennent surtout dans les cas d'infection puerpérale grave. Elles ne sont alors qu'une manifestation locale d'une maladie qui emporte habituellement la malade ; elles sont heureusement très rares aujourd'hui.

Les secondes sont moins redoutables. L'inflammation peut survenir pendant la grossesse qui constitue une cause prédisposante, mais on l'a surtout observée après l'accouchement, surtout après les applications de forceps laborieuses. On a exercé de fortes tractions, principalement des tractions brusques ; au moment où la tête a passé, un craquement s'est fait entendre, puis la patiente a senti une vive douleur au niveau des symphyses. Dans certains cas, des accidents infectieux s'étant déclarés, l'autopsie a permis de constater l'existence de lésions articulaires.

Dans la symphyséotomie, si les os pubis sont trop écartés l'un de l'autre, les ligaments antérieurs de l'articulation sacro-iliaque se rompent et cette articulation elle-même devient béante. Le centre du mouvement de l'os des iles sur le sacrum se trouve, non pas au niveau du bord antérieur de la symphyse sacro-iliaque, mais plus en arrière, au niveau du *bord postérieur de la surface auriculaire* : de là, la projection en dehors et en avant des deux pubis quand ils s'éloignent l'un de l'autre ; de là aussi l'écartement forcé

des deux bords de l'articulation sacro-iliaque et l'arrachement du ligament antérieur.

On a enfin attribué l'arthrite sacro-iliaque à la blennorrhagie ; le Pr Fournier en a signalé quatre observations, mais ces faits sont exceptionnels. Les principales causes des arthrites sacro-iliaques sont donc la grossesse, l'accouchement et les traumatismes.

On peut confondre ces arthrites avec d'autres affections ; j'en ai vu pour ma part plusieurs exemples.

En 1882, je reçus la visite d'une dame qui m'était recommandée par mon ami le Pr Crouzat, il ne l'avait pas examinée, mais comme elle souffrait continuellement depuis son accouchement qui remontait à six mois, comme deux médecins appelés près d'elle avaient fait le diagnostic de métrite, il me demandait de vouloir bien formuler mon avis. En réalité, il n'existait aucun signe d'affection de l'utérus ; le corps et le col de cet organe n'étaient ni gros, ni sensibles ; il n'y avait aucun écoulement anormal. Les trompes et les ovaires étaient sains. La malade se plaignait surtout de douleurs ressenties du côté droit, en marchant, j'introduisis profondément les doigts et je reconnus une arthrite sacro-iliaque nettement localisée.

Plus tard, en 1888, au mois d'octobre, je fus très surpris, en ouvrant la porte de mon salon, de voir une jeune femme complètement couchée sur un canapé : son mari, un bel officier, grand, fort et très doux, la prit dans ses bras et la porta délicatement dans mon cabinet. La malade était brune, très maigre, presque squelettique ; ses cheveux étaient coupés courts et, malgré son état de souffrance, ses yeux étaient vifs, sa figure originale et intelligente. Elle était accouchée, en province, sept mois auparavant et se trouvait extrêmement malade depuis. En l'examinant, je constatai d'abord une inflammation des annexes du côté gauche, une salpingo-ovarite, puis en arrière et à droite, avec les symptômes que je vous ai décrits au début de cette leçon, une arthrite de la symphyse sacro-iliaque. L'état de cette jeune femme s'améliora beaucoup par le traitement ; dix-huit mois plus tard elle était complètement guérie. Depuis elle est devenue enceinte et elle a mis au monde un bébé magnifique qu'elle a nourri elle-même.

J'ai observé un autre fait, au mois de novembre dernier. J'ai été appelé en consultation, dans le sud-ouest de la France, près d'une dame accouchée depuis six mois et chez laquelle on n'avait pu porter aucun diagnostic précis. Après un accouchement antérieur, elle avait été très souffrante ; au bout de huit mois, elle avait fini par guérir. Devenue de nouveau enceinte, les douleurs avaient reparu pendant la grossesse, avaient persisté après l'accouchement, puis avaient encore disparu après de longs mois de séjour au lit. Une dernière grossesse avait été suivie des mêmes symptômes qui persistaient et pour lesquels on voulait avoir mes conseils. A l'examen, je trouvai une arthrite sacro-iliaque. La douleur avait un siège très précis ; il existait une légère tuméfaction ; le changement de physionomie de la malade, quand on appuyait juste sur l'articulation atteinte, était caractéristique. Dans ce dernier cas, il y avait eu très probablement réveil de l'affection après chaque accouchement.

Ainsi donc il existe des faits d'arthrite sacro-iliaque consécutifs à la parturition. Cette maladie est surtout caractérisée par une douleur qu'exaspèrent la station debout et la marche. Cette douleur peut être provoquée par l'exploration directe ou indirecte : directe, quand on appuie sur l'interligne articulaire, soit en arrière, soit en avant, à travers la paroi abdominale ; indirecte, quand on imprime des chocs de bas en haut sur le membre inférieur, ou qu'on appuie fortement sur les crêtes iliaques. Le toucher réveille aussi la douleur et permet d'en préciser le siège exactement. L'introduction de deux doigts favorise une exploration plus profonde. L'examen successif du côté droit avec la main droite et du côté gauche avec la main gauche ne doit pas non plus être négligé, on explore mieux de la sorte chaque paroi du bassin.

L'arthrite sacro-iliaque peut être confondue avec un certain nombre d autres maladies : nous ne ferons que signaler la *métrite* et les *affections péri-utérines* ; dans ces cas, il y a de la douleur et de la tuméfaction au niveau ou autour de l'utérus, *au centre même de l'excavation*. Dans l'arthrite, au contraire, l'utérus reste mobile, insensible.

Il existe un certain nombre d'affections dans lesquelles la douleur se trouve aussi provoquée par la pression sur la paroi pelvienne elle-même. Il y a quelques années, j'ai vu une jeune dame qui, accouchée à Versailles, y avait eu des suites pathologiques graves : plusieurs mois s'étaient écoulés et elle souffrait toujours ; elle éprouvait par moments des douleurs d'une intensité extrême, douleurs spontanées qui survenaient brusquement, s'irradiaient dans la cuisse et dans le mollet du côté droit et rendaient le sommeil impossible ; les injections de morphine seules calmaient la malade et elle avait une grande tendance à abuser de ce médicament. Je ne trouvai absolument rien au ni-

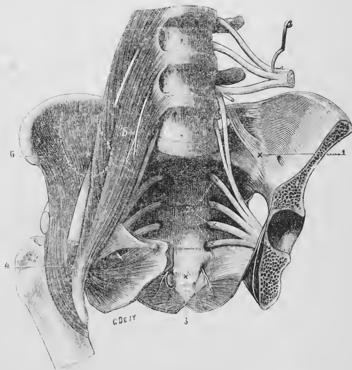


Fig. 21.— Siège de la douleur dans : 1, l'arthrite sacro-iliaque ; — 2, la névrite du plexus sacré ; — 3, l'arthrite sacro-coccygienne ; — 4, l'arthrite coxo-fémorale ; — 5, le psoïtis ; — 6, la typhlite.

veau de l'utérus et de ses annexes, bien que la douleur siégeât en arrière et à droite. L'exploration des symphyses sacro-iliaques de ce côté ne détermina non plus rien d'anormal ; mais lorsque le doigt allait de cette articulation vers le milieu de la face antérieure du sacrum, la malade criait, la pression des branches du plexus sacré déterminait alors des douleurs aiguës qui

s'irradiaient dans le membre inférieur jusqu'à la jambe. Il y avait une *névrite* consécutive à des accidents puerpéraux. L'affection a été de longue durée, mais la guérison est aujourd'hui complète.

Je viens de voir cette année même un cas à peu près analogue. Une de mes anciennes clientes vint me trouver, il y a quelques mois, se plaignant de souffrir du ventre. Je l'examinai et trouvai une inflammation péri-utérine du côté gauche, très probablement du tissu cellulaire pelvien. Après un traitement approprié et surveillé par son médecin, je constatai au bout de quatre semaines une diminution considérable des symptômes, et, un mois plus tard, une disparition presque complète de la tuméfaction. Je croyais pouvoir être tranquille sur le sort de ma malade, lorsqu'on me dit qu'elle était incapable de se lever, qu'elle souffrait toujours. Contrairement à ce qui était arrivé lors de mes examens antérieurs, il lui semblait que, la dernière fois, je n'étais pas allé jusqu'au point douloureux qui se trouvait plus en arrière. Je retournai la voir et l'examinai attentivement; je constatai avec surprise que, depuis ma dernière visite, le membre inférieur gauche avait subi un commencement d'atrophie. Au toucher vaginal, je ne trouvai absolument plus rien dans les annexes, mais le doigt porté en haut et en arrière, sur les filets du plexus sacré, déterminait une violente douleur qui s'irradiait jusque dans la jambe. La symphyse sacro-iliaque était saine. M. le Pr Charcot voulut bien examiner cette malade, et pensa comme moi qu'il y avait une névrite consécutive à une inflammation péri-utérine.

Matthews Duncan a signalé deux observations dans lesquelles il a trouvé une *inflammation rhumatismale des ligaments sacro-sciatiques*: le doigt porté à leur niveau provoquait une douleur vive; il n'existait rien d'anormal sur les autres parties du bassin. Duncan ne parle pas du diagnostic différentiel de cette affection, mais il en localise si nettement le siège que son existence ne semble guère devoir être mise en doute.

Sur la paroi pelvienne postérieure existe parfois une autre *arthrite*, celle de la *symphyse sacro-coccygienne*. On peut la rencontrer chez des femmes qui ont eu des enfants volumineux, chez lesquelles aussi il y avait très probablement un peu de soudure prématurée de l'articulation. Elles souffrent en arrière et en bas, disent-elles et elles ne peuvent que difficilement s'asseoir. Examinez-les, vous ne trouverez rien au niveau de l'utérus, rien au niveau des annexes; mais si le doigt descendant sur la face antérieure du sacrum vient appuyer sur la symphyse sacro-coccygienne, il détermine une douleur vive nettement localisée à cette articulation. Si on a eu soin de faire l'examen combiné avec une main mise à plat sous le siège, on constate que la pression sur la pointe du coccyx réveille la même douleur; elle se trouve non pas sur l'os lui-même, mais au point où il est mobile sur le sacrum.

Je ne vous dirai rien des *affections* qui peuvent atteindre la *symphyse pubienne*; certes, elles s'accompagnent de douleurs, de difficultés dans la marche, mais, comme elles siègent sur la paroi antérieure du bassin, l'examen direct permettra facilement d'éviter toute confusion.

Il est des femmes qui accusent des douleurs continuelles dans le bassin, elles souffrent quand elles marchent, elles souffrent lorsqu'elles s'asseoient. Si on pratique le toucher vaginal, on exagère cette douleur, surtout lorsqu'on imprime à la main des mouvements pour explorer l'utérus et ses annexes. Bien souvent cela suffit pour faire croire au médecin qu'il s'agit d'une métrite; mais, s'il examine attentivement, il ne tarde pas à reconnaître que l'utérus est petit, mobile, et que les annexes sont indemnes. L'exploration profonde des parois pelviennes exaspère encore la douleur, mais elle diminue et disparaît si on retire en partie la main, si on touche seulement avec le bout de l'index; c'est en réalité le plancher du bassin qui est sensible; le *releveur de l'anus est contracturé*, on sent qu'il forme comme un diaphragme, comme une sangle transversale tendue dont on peut suivre avec le doigt les insertions périphériques. Il y a dans ces cas du *vaginisme profond*, et c'est la pression exercée pendant le toucher par la saillie convexe des deux ou trois derniers doigts fléchis qui exaspère la douleur.

Je ne ferai guère maintenant que vous énumérer certaines affections qui siègent, non plus dans le petit bassin, mais en dehors de lui.

1° A sa périphérie, l'arthrite coxo-fémorale et la sciatique.

2° Du côté de l'abdomen, au-dessus du détroit supérieur, dans le grand bassin, le psoïtis, la typhlite, la pérityphlite et l'appendicite.

Dans l'*arthrite coxo-fémorale*, le siège de la maladie est un peu différent: c'est en avant, au niveau de la hanche, qu'il y a de la douleur, de la tuméfaction: l'exploration interne ne donne rien (*Fig. 22*).

Dans la *sciatique*, il existe en arrière des douleurs spontanées qui s'irradient dans tout le membre inférieur et offrent les points douloureux caractéristiques que vous connaissez. A-t-on cherché, dans ces cas, ce que donnerait chez la femme l'exploration par le toucher

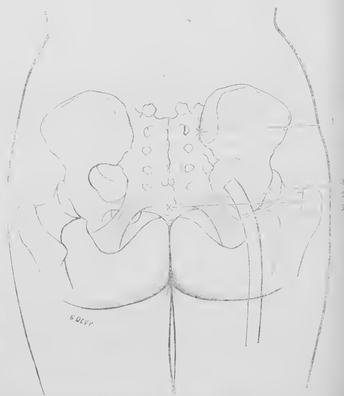


Fig. 22. — Siège de la [illegible] 1, l'arthrite sacro-iliaque ; — 2 l'arthrite sacro-[illegible] ; [illegible] ; — 4, l'arthrite coxo-fémorale.

vaginal? Je l'ignore. En tout cas, si on provoquait aussi de la douleur, elle aurait un siège nettement déterminé.

Dans le *psoïtis*, la flexion de la cuisse, son attitude spéciale, car elle est portée en haut et en dehors, mettront sur la voie du diagnostic. Si on provoque de la

douleur en déprimant la paroi abdominale antérieure, cette douleur existe surtout le long de la colonne lombaire et dans la fosse iliaque; l'examen direct de la symphyse sacro iliaque, soit par le palper, soit par le toucher, montre qu'elle n'est nullement atteinte (*Fig.* 21).

Elle ne l'est pas davantage dans les cas de *typhlite*, de *pérityphlite* et d'*appendicite*: de plus, les antécédents, la constipation, l'empâtement péri-cæcal, le siège exact de la sensibilité qui se trouve au-dessus de la ligne innominée et non dans le petit bassin, éloignent encore l'idée d'une arthrite sacro-iliaque (*Fig.* 21).

En réalité, c'est surtout un examen direct, attentif, minutieux, fait extérieurement par le palper et intérieurement par le toucher vaginal, qui permet de localiser le siège de la douleur et de faire le diagnostic de la maladie.

Le *pronostic* de l'arthrite sacro-iliaque varie beaucoup suivant les cas. Il peut être très grave dans certains faits d'infection puerpérale à marche rapide; il n'en est heureusement pas toujours ainsi. Il est des femmes qui guérissent assez facilement; celle que vous avez vue sera du nombre, je l'espère. Chez d'autres, la maladie dure longtemps; chez d'autres enfin, l'affection, après avoir disparu, récidive à chaque nouvel accouchement. Je vous ai rapporté des exemples de ces différentes variétés.

Le *traitement* consiste surtout dans le repos et l'immobilité absolus au lit. La constipation doit être évitée avec soin, principalement lorsque l'affection siège du côté gauche. Il est indiqué aussi de recourir aux révulsifs, à la teinture d'iode, aux vésicatoires, aux pointes de feu.

Si la guérison ne survient pas, la gouttière de Bonnet et les appareils qui permettent de soulever les malades sans qu'elles aient à exécuter aucun mouvement du côté du tronc vous rendront de grands services.

Tout à fait à la fin seulement, vous conseillerez le séjour dans une station d'eaux minérales, celles où on peut prendre des bains de boue seront surtout utiles. Mais rappelez-vous qu'au début le meilleur remède est encore l'immobilité, qu'un déplacement prématuré peut raviver les douleurs et prolonger la maladie.

J'ai pris aujourd'hui pour sujet de ma leçon un cas relativement rare, mais il m'a permis de vous rappeler les modifications que subissent les articulations pelviennes pendant la grossesse et le rôle qu'elles jouent pendant l'accouchement, il m'a permis surtout de vous exposer le diagnostic différentiel de certaines affections assez généralement méconnues et trop facilement confondues avec les affections utérines et péri-utérines. N'oubliez donc pas, surtout en cas de doute, d'explorer attentivement et avec beaucoup de précision les parois mêmes du bassin.

Ecoles municipales d'infirmières. — On sait qu'une Ecole primaire est annexée aux Ecoles professionnelles d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre et de la Salpêtrière. MM. Boutellier, Boyer et Ménard, instituteurs de Bicêtre, ont présenté aux examens du certificat d'études 11 infirmiers qui ont été reçus et 00 infirmières sur lesquelles 00 ont été reçues (1). — Mme Pigeon, directrice de l'Ecole primaire de la Salpêtrière, a présenté à l'examen du certificat d'études cinq infirmières qui ont été reçues. Ces résultats, qui témoignent du zèle des maîtres et des maîtresses, mettent aussi en évidence les efforts du personnel laïque pour répondre en s'instruisant aux désirs du Conseil municipal et de l'administration de l'Assistance publique.

(1) En même temps, 00 enfants arriérés ont passé avec succès le même examen.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes sur l'organisation du Service de santé.

11e *article.*

IX. — Le nouveau matériel de pansement des approvisionnements de guerre n'est pas antiseptique, n'est même pas rigoureusement aseptique. Aveux de la 7e Direction.

Nous aurions lieu d'être satisfait, en présence de la « *Note sur le Service de santé en campagne* » qui vient de paraître dans les « *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, » si notre amour-propre était seul en jeu. Mais il s'agit d'un intérêt beaucoup plus grand. Nos affirmations restent entières; elles sont même confirmées par la Note officielle des *Archives*.

Les analyses de la Pharmacie centrale, reproduites dans ce document officiel, et résumées dans le tableau suivant, témoignent de la véracité des faits énoncés par nous dans le *Progrès médical* du 18 février dernier. Voici ce tableau :

« Dosage du sublimé et du mercure total contenu dans les quatre échantillons envoyés. (Les quantités exprimées sont rapportées à 1 kilogramme de matière.) »

ÉCHANTILLONS DIVERS	MERCURE A L'ÉTAT DE SUBLIMÉ			MERCURE TOTAL évalué à l'état de sublimé.
	Extrait par l'eau distillée chaude.	Extrait à chaud par l'eau distillée additionnée de chlorure d'ammonium.	Extrait à froid par l'alcool à 86°.	
Échantillon A. . . .	0 gr. 070	0 gr. 911	0 gr. 981	1 gr. 260
— B. . . .	id.	id.	0 gr. 327	1 gr. 542
— C. . . .	id.	id.	0 gr. 467	1 gr. 590
— D. . . .	id.	id.	0 gr. 304	1 gr. 431

Que nous montre ce tableau? 1° Que les quatre échantillons A, B, C, D, traités par l'eau distillée chaude, n'ont fourni que 0 gr.07 de mercure à l'état de sublimé soluble, au lieu de 1 gramme. Ce chiffre est inférieur au nôtre : 0 gr. 096 (1). — 2° Que ces mêmes échantillons traités par le chlorure d'ammonium ou l'alcool à 80° ont révélé une plus grande quantité de sublimé, variant, toutefois, suivant chaque échantillon (2). Mais le pouvoir antiseptique des échantillons n'est en rien augmenté du fait de cette singularité, les plaies n'ayant pas à leur disposition les réactifs du laboratoire (3). — 3° Que les chiffres de la dernière colonne n'ont pas de signification.

Ce serait, en effet, une opération *magique* que d'extraire des quantités de sublimé variant de 1 gr. 26 à 1 gr. 59 d'un kilogramme d'étoupe dans lequel on n'en

(1) Les chiffres fournis par nous résultent d'expériences faites postérieurement à celles analysées dans la « *Note* ». Ces résultats varient suivant le temps écoulé depuis l'opération de la bichloruration, et se réduisent à « zéro » au bout du 15e mois, qu'on emploie l'eau ou l'alcool à 80°.

(2) Les échantillons n'étaient pas de même date, voilà le secret.

(3) Ce singulier phénomène ne peut s'expliquer que de la façon suivante : la fibre végétale, au contact du sublimé, le décompose, fixe HgO et met en liberté HCl. Mais cet HCl, volatile, à la température ordinaire ne disparait pas en totalité d'un jour au lendemain, et récupère la faculté de se recombiner avec HgO en présence des clorures alcalins ou de l'alcool à 80°. Il y aurait là une action dynamique semblable à celle qu'exerce la mousse de platine. Mais au bout de 15 mois la totalité de HCl est volatilisée et l'alcool lui-même ne décèle plus alors trace de sublimé.

a mis qu'un gramme. Car l'auteur de la « *Note* » a eu soin de prévenir ses lecteurs que « les quatre échantillons avaient été bichlorurés à 1/1000 d'après le dernier procédé Thomas » (p. 234 des *Archives*). Nous citons textuellement (1).

L'argumentation de notre contradicteur s'appuie sur le tableau que nous venons d'interpréter, et sur un travail d'ensemble plus récent, fait au laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce, par le médecin-major Billet, sous le contrôle du professeur Vaillard. Les conclusions de ce travail, transmises par lettre du 21 juin 1891, sont résumées dans le tableau suivant, que nous reproduisons fidèlement.

NUMÉROS D'ORDRE	DÉNOMINATIONS	PROPORTIONS (sur 10) des tubes ensemencés ayant donné lieu au dévelopement de germes.	
		Aerobies	Anaérobies
1	Étoupe purifiée en nappe (maison Froger) .	6	0
2	Étoupe purifiée en nappe (maison Heilbronner)	10	0
3	Gaze à pansement purifiée	9	2
4	Ouate de tourbe en nappe.	9	8
5	Charpie comprimée phéniquée.	8	0
6	Charpie comprimée boriquée	10	0
7	Compresses en gaze à pansement phéniquées.	10	0
8	Compresses en gaze à pansement iodoformées.	10	0
9	Charpie comprimée bichlorurée	0	0
10	Compresses en gaze à pansement bichlorurées.	0	0
11	Étoupe en plumasseaux bichlorurée	0	0
12	Coton hydrophile bichloruré (maison Froger).	0	0
13	Coton hydrophile bichloruré (maison Heilbronner)	0	0
14	Ouate de tourbe bichlorurée.	10	10
15	Pansement individuel bichloruré	0	0
16	Coton hydrophile purifié	10	0
17	Ramie bichlorurée	0	0
18	Charpie aseptique (étuve Geneste-Herscher), 1er échantillon	10	0
19	Charpie aseptique (étuve Geneste-Herscher), 2e échantillon.	0	0
20	Catgut n° 2.	7	0
21	Crins de Florence	0	0
22	Soies à ligature	4	0

Isolé et présenté tel quel, sans les détails consignés dans le rapport de MM. Billet et Vaillard, ce tableau se trouve entaché d'un *vice rédhibitoire* qui lui enlève beaucoup de valeur démonstrative.

L'auteur oublie tout simplement de prévenir ses lecteurs que les échantillons bichlorurés *ont été confectionnés tout exprès* pour servir aux expériences, *et n'ont pas été pris au hasard dans le stock existant des approvisionnements de guerre* (2). Peut-être faut-il faire une seule exception pour le n° 14 qui représente la ouate de tourbe bichlorurée. La ramie n'existe

(1) En écrivant ces lignes, l'auteur de la « *Note* » n'a peut-être pas mis suffisamment à contribution les archives mêmes de la 7e Direction. Rappelons que le nouveau procédé Thomas comporte des solutions titrées à 3/1,000. Cela explique les chiffres de la dernière colonne.

(2) « Qu'on nous démente, si nous nous trompons (écrivions-nous dans le *Progrès médical* du 18 février dernier, et qu'on publie le résultat *intégral* des expériences qui auraient été entreprises à ce sujet. » Pourquoi n'avoir pas publié intégralement les rapports de MM. Vaillard et Billet, et pourquoi l'auteur de la « *Note* » s'est-il contenté d'en extraire simplement ces deux tableaux, sans les accompagner des détails qui, seuls, peuvent leur donner une valeur scientifique et démonstrative ? Pourquoi?

point dans les approvisionnements, et le coton hydrophile en est exclu (1).

Une quantité quelconque d'étoupe purifiée, de ouate de tourbe, etc., plongée dans une solution de sublimé à 1/1000, devient immédiatement aseptique. Cela est indiscutable. Mais il faut ensuite la retirer, la faire sécher. Une fois séchée, il faut manipuler la matière pour la comprimer, l'empaqueter, l'envelopper, etc. C'est pendant ces diverses manipulations que les matériaux de pansement (aseptisés par le sublimé) se contaminent à nouveau.

Or, un échantillon unique, préparé dans un laboratoire avec les mêmes précautions de milieu et de manipulation aseptique que s'il s'agissait d'une opération chirurgicale, *n'est en rien comparable* avec les milliers de paquets préparés dans les établissements Froger ou Heilbrouner par 400 ouvriers qui ne prennent aucune précaution aseptique. C'est pourquoi les mêmes matériaux bichlorurés (mais pris au hasard dans les magasins) ont été reconnus contaminés en 1888. Ils sont aseptiques en 1891 ; cela prouve que les expériences n'ont pas été faites dans les mêmes conditions. Et les résultats sont absolument renversés pour la ouate de tourbe, seule aseptique en 1888 et seule non aseptique en 1891 !

Remarque non moins singulière et extraordinaire. L'auteur de la « *Note* » oublie de nous dire : (*a*) A quel taux les échantillons étaient bichlorurés ; (*b*) Quel temps s'était écoulé entre l'époque de la bichloruration et la date où les échantillons ont été examinés au Val-de-Grâce ; (*c*) A quel taux l'échantillon n° 5 était phéniqué, depuis combien de temps il l'était, s'il était enveloppé, et quelle était la nature de son enveloppe ; (*d*) Combien il renfermait encore d'acide phénique pour 1000 (acide volatile) au moment où il fut examiné au laboratoire de bactériologie? — Mêmes questions pour la ouate de tourbe bichlorurée ?

Ce sont là détails d'importance capitale en la matière, et quand on est tant soit peu imbu d'esprit et de méthode scientifiques, on joint à chaque échantillon ce qu'on peut appeler *son état civil*.

Et l'auteur de la « *Note* » de triompher : « Cet important tableau fait ressortir, écrit-il, que, seuls, les objets de pansement bichlorurés étaient aseptiques et qu'ils l'étaient tous, 10 fois sur 10 expériences (*les 10 expériences ont-elles été faites avec le même échantillon?*), à l'exception de la ouate de tourbe. »

Erreur. — Le tableau prouve que les échantillons adressés au Val-de-Grâce étaient en partie aseptiques, mais ne le prouve nullement pour les approvisionnements de guerre. Et l'auteur oublie encore de signaler à ses lecteurs que cette ouate de tourbe bichlorurée, qui « seule n'est pas aseptique, » représente ni plus ni moins que les 2/5 des matériaux d'absorption de nos approvisionnements de guerre !!! Nous écrivions, nous : « Le nou-

(1) « On a dû exclure des approvisionnements de guerre la charpie, en raison de son faible pouvoir absorbant ; on a exclu de même *les cotons hydrophiles*, en raison de la facilité avec laquelle ils s'altèrent avec le temps (??). » Note sur les modifications du matériel de campagne du Service de santé (*Arch. de méd. et ph. militaires*, septembre 1891, page 201).

veau matériel de pansement ne sera même pas rigoureusement aseptique. » Mais voici qui dépassera l'attente du lecteur. « En revanche, ajoute l'auteur de la « *Note* », d'après le travail de M. Billet aucun objet de pansement *ne serait* antiseptique. »

Habemus confitentem reum!

Ne serait!!! » — Mais si les objets de pansement bichlorurés ne sont pas antiseptiques, *c'est donc qu'ils ne renferment plus de sublimé soluble?* C'est ce qu'il fallait précisément démontrer. Et si le chef de la 7e Direction pouvait encore en douter, nous lui rappellerions simplement qu'à la dernière séance de l' « Académie des sciences » (6 mars 1893), M. Gautier a analysé un nouveau travail de M. Léo Vignon qui démontre, avec toute la rigueur des méthodes scientifiques, qu'un kilogramme de fibres textiles végétales (étoupe, coton, ramie, etc.) peut fixer 33 grammes d'oxyde mercurique, en décomposant le sublimé, grâce à la fonction exclusivement acide dont ces fibres sont douées.

Notre formule demeure donc rigoureusement vraie : « *l'antisepsisation du matériel de pansement au moyen du bichlorure de mercure, ou de tout autre sel métallique, est une chimère, au même titre que la quadrature du cercle.* » Et le problème de cette antisepsisation reste circonscrit dans ces termes : « *Trouver un antiseptique acide, plutôt fixe que volatile à la température ordinaire, et dont la dose minima efficace n'ait point d'action caustique sur les tissus en contact.* »

Mais que pensera la Commission des finances d'une Direction qui sait, depuis le 21 juin 1891 (et même depuis 1888), que l'opération, si coûteuse de la bichloruration du matériel de pansement ne le rend pas antiseptique, qu'elle le rend moins aseptique que le simple traitement par l'étuve Geneste et Herscher, infiniment moins onéreux, et qui continue cependant à en commander pour plusieurs millions (1)?

Après avoir confessé qu'aucun objet de pansement n'était antiseptique, l'auteur de la « *Note* » ajoute immédiatement : « Cette constatation n'est pas de nature à troubler le chirurgien qui se contentera assurément de la certitude que son pansement est aseptique (*sauf les 2/5 constitués en ouate de tourbe bichlorurée* , et qui, du reste, peut facilement l'antisepsiser lui-même par les solutions qu'il aura toujours à sa disposition. » Page 235.

On reste atterré en face d'une méconnaissance aussi invraisemblable des conditions où s'exercera la chirurgie du champ de bataille, et de l'impossibilité d'évacuer à grandes distances des milliers et des milliers de blessés, avec l'emploi de pansements humides. On ne saurait renier d'un cœur plus léger les principes qui sont le fondement même de notre Service de santé en campagne. Nous ne nous trouvons plus en présence d'une réfutation, pas même d'une justification, mais de l'effondrement de tout un système de direction et d'organisation.

(1) Le *Bulletin du Service de santé militaire* (numéro de février 1893) prévient ses lecteurs qu'il ne reproduira pas nos derniers articles, parce qu'ils « ont dégénéré en une polémique personnelle. » C'est une erreur profonde. Ils ont dégénéré en une « critique » d'un système *personnel* au Chef de la 7me Direction.

Et devant cet écroulement de tout le Service de santé de 1re ligne, on ne trouve rien de mieux que d'invoquer Fourmies avec ses 34 blessés, soignés dans des conditions qui n'ont pas l'ombre d'un rapport avec le fonctionnement d'une ambulance sur le champ de bataille, et les 4 à 5000 blessés qu'elle devra panser et évacuer en grande partie dans une seule journée de 24 heures! Et on invoque aussi le Tonkin et le Dahomey, sans fournir d'autres renseignements que cette assertion, qui ressemble à un fait-divers émanant des bureaux d'une agence Havas quelconque : « Il a été rendu compte au Ministre des excellents effets du paquet individuel de pansement dont on a fait usage récemment, aussi bien au Dahomey qu'au Tonkin! »

Avouons que les lecteurs de la « *Note* » auraient mauvaise grâce à se déclarer moins satisfaits que la *France militaire* (1). Après avoir reconnu que les formations hospitalières de campagne n'étaient pas encore pourvues du nouveau matériel de pansement (encore un aveu!), l'auteur répond à un écrivain de l' « *Avenir militaire* » qui lui reprochait le retard inexplicable apporté à la publication du nouveau règlement sur le Service de santé en campagne, approuvé par le Président de la République depuis le 31 octobre 1892. Il nous apprend que ce retard « tient aux soins qu'a apportés l'Imprimerie Nationale au tirage des soixante et quelques gravures insérées dans le texte. » Six mois pour graver 60 et quelques planches! Cela ne fait guère honneur à l'Imprimerie Nationale! Et il termine à notre adresse. « C'est du reste, pour la constitution de ces planches qu'ont été faites les diverses expériences d'évacuation, dont on a tenu à faire profiter les médecins et les officiers d'administration de l'armée active, de réserve et de l'armée territoriale. » Nous permettra-t-on d'ajouter « et tous les représentants de la presse politique »? Quelle charmante trouvaille! Mais gageons qu'on a oublié d'y inviter l'artiste graveur de l'Imprimerie Nationale? Dr Freeman.

Inauguration des eaux de la Vigne.

L'inauguration de la mise en service des eaux de la Vigne a eu lieu le jeudi 30 mars, devant une nombreuse assistance, composée principalement des conseillers municipaux, d'hygiénistes, MM. Bourneville, Rochard, A.-J. Martin, Gibaut, etc., de nombreux membres de la presse scientifique et politique. Après une visite au réservoir monstre qui fournira bientôt 140.000 mètres cubes d'une eau limpide et salubre, mais qui pour la circonstance était transformé en une vaste salle éclairée de verres multicolores, les visiteurs se sont réunis dans une tente ornée de trophées de photographies et de plans représentant les divers épisodes des travaux. MM. Sauton, président du Conseil municipal et Poubelle, préfet de la Seine, ont successivement pris la parole et ont en termes chaleureux justement apprécié et rappelé le rôle joué par les ingénieurs Couche, Humblot et Bechmann, premiers instigateurs et constructeurs de ce magnifique travail, sur lequel nous reviendrons en détail dans un prochain article. L.-R. R.

(1) Voir la *France militaire*, nº du 9 mars 1893.

École d'infirmiers. — Une École de ce genre vient d'être établie à South Framingham, Mass., en connexion avec l'hopital de cette ville (*Boston med. and Journ.*, 9 mars 1893).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 mars 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LACAZE-DUTHIERS.

MM. CHAUVEAU et KAUFFMANN.—*Le pancréas et les centres nerveux régulateurs de la fonction glycémique. Expériences concourant à démontrer le rôle respectif de chacun de ces agents dans la formation de la glycose par le foie.* — Les sections de la moelle épinière dans la région cervico-dorsale complètent les enseignements de la section bulbaire relativement au centre fréno-sécréteur du foie en montrant que ce centre transmet son action au système sympathique surtout par les racines des quatre premières paires cervicales. Le centre excito-sécréteur du foie siège dans la moelle cervicale au dessus du point d'émergence des racines de la 4ᵉ paire et ce centre est relié au système sympathique par les racines communiquantes qui fournissent les plus antérieures des paires nerveuses émanant de la partie moyenne de la région dorsale de la moelle épinière. Le centre excitateur de la fonction glycoso-formatrice du foie est annihilé par une section médullaire qui l'isole du système sympathique. Cette annihilation se maintient même après l'ablation du pancréas. L'intégrité des centres régulateurs de l'activité du foie importe donc essentiellement à la manifestation des effets de la dépancréatisation. On en peut conclure que le pancréas n'exerce pas directement son influence sur le foie et la fonction glycoso-formatrice.

MM. COURMONT et DOYON. — *La substance toxique qui engendre le tétanos résulte de l'action sur l'organisme récepteur d'un ferment soluble falsifié par le bacille de Nicolaïer.* Le bacille de Nicolaier engendre le tétanos par l'intermédiaire d'un ferment soluble qu'il fabrique. Ce ferment qui n'est pas toxique par lui-même, élabore aux dépens de l'organisme une substance directement tétanisante comparable par ses effets à la strychnine. Cette dernière substance se retrouve en abondance dans les urines des tétaniques. Elle existe aussi dans le sang et quelquefois dans les urines. Elle résiste à une ébullition prolongée tandis que les produits bacillaires deviennent inactifs après un chauffage à 65°. Elle exige pour se former des conditions favorables de température. Ainsi s'explique l'immunité de la grenouille en hiver, vis-à-vis du ferment bacillaire. L'immunité naturelle ou acquise, l'imminution contre le tétanos peuvent être considérées comme les résultats de causes qui empêchent, ralentissent ou arrêtent la susdite fermentation. Il est probable quo d'autres substances microbiennes, dites toxiques, doivent également agir comme des ferments solubles pour produire des toxiques aux dépens de l'organisme. Peut-être faudra-t-il expliquer ainsi les paralysies et autres accidents tardifs de la diphtérie.

M. WERTHEIMER. — *De l'action du froid sur la circulation viscérale.* Chez les divers curarisés on enregistre au sphygmoscope la pression artérielle. On inscrit en même temps la courbe volumétrique du cerveau au moyen d'un tube adapté à un trou de trépan et celle du rein à l'aide d'un appareil construit sur le principe de l'oricomètre de Roy. Puis l'animal étant couché on applique sur la paroi latérale du thorax un linge mouillé à 10° et on continue à verser de l'eau à la même température.

Au bout de 15 secondes, la pression monte, en même temps le volume du cerveau augmente, mais celui du rein subit une diminution brusque, très marquée liée évidemment à un rétrécissement des petits vaisseaux de l'organe. La suppression de l'agent modificateur à des effets absolument opposés à ceux qui accompagnent le début de son application. En résumé l'impression du froid sur les terminaisons nerveuses de la peau agit sur la circulation du rein comme aussi sur celle du cerveau, de la même façon qu'une excitation quelconque, mécanique ou électrique des nerfs sensitifs. On sait que, en règle générale, les autres organes abdominaux et en particulier l'intestin, participent aux variations, circulatoires du rein, d'origine vasomotrice, et les expériences sont de nature à venir modifier l'idée que l'on se fait généralement du rôle pathogénique du froid et de son mode d'action thérapeutique dans l'inflammation des viscères abdominaux.

Séance du 20 mars 1893.

MM. CHAUVEAU et KAUFFMANN. — *Le pancréas et les centres nerveux régulateurs de la fonction glycémique. Démonstrations expérimentales empruntées à la comparaison des effets de l'ablation du pancréas avec ceux de la section bulbaire.* — La section médullaire, précédée ou suivie de la section bulbaire, produit exactement les mêmes effets que la section médulaire précédée ou suivie de l'ablation du pancréas. Donc au point de vue de l'action physiologique exercée par l'appareil formateur du sucre, cette dernière opération se comporte exactement comme la section bulbaire. Or celle ci détermine la suractivité du foie en supprimant la transmission de l'influence d'un centre frénateur situé dans le bulbe. Il en résulte nécessairement que l'ablation du pancréas agit par un mécanisme analogue quand elle provoque l'hyperglycémie et la glycosurie. Cette opération détermine l'annihilation du centre frenateur de la fonction glycoso-formatrice. Le pancréas agit donc sur cette fonction par l'intermédiaire du centre frénateur dont il excite l'activité et sans doute aussi par l'intermédiaire du centre excitateur qui est au contraire contenu dans son activité quand il est influencé par les produits de la sécrétion pancréatique internes qui sont versés dans le sang

M. HEDON. — *Production de diabète sucré chez le lapin par destruction du pancréas.* — La disposition du pancréas chez le lapin empêche son extirpation totale, par contre l'injection d'huile d'olive dans le canal de Wirsung est suivie des phénomènes du diabète sucré La glycosurie debute de 20 jours à un mois après l'operation. Malgré la forte intensité de la glycosurie, le diabète revêt la forme légère. Les lapins ne maigrissent pas, ils sont polyphages et polyuriques.

V. MORAX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 mars 1893. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. D'ARSONVAL a continué à étudier, avec M. CHARRIN, l'*action du bacille pyocyanique sur la levure.* Ils ont constaté que l'action d'arrêt que le bacille de Gessard exerce sur la fermentation de la levure est soumise à de grandes variations. En effet, le degre de virulence du bacille et son milieu de culture influent beaucoup sur les résultats obtenus. Il s'ensuit que cette action d'arrêt est variable suivant les propriétés quantitatives et qualitatives du bacille employé.

M. CHARRIN a étudié *une épizootie sévissant sur les poissons du Rhône.* Il y a rencontré comme agent pathogène un bacille qui agit par ses toxines et qui, comme on pouvait s'y attendre, se développe à une température très inférieure à la température normale de culture des agents pathogènes, 20° au lieu de 35°.

M. PILLIET communique ses recherches sur l'*appareil salivaire des Oiseaux.* Son importance est plus grande qu'on le croirait tout d'abord et, à côté de groupes de glandules étudiés déjà par M. le Pʳ Ranvier, M. Pilliet décrit de véritables nappes glandulaires situées sous la muqueuse pharyngienne. La disposition et la structure de ces glandes les rapprochent surtout de ce que l'on observe chez les Reptiles et les eloigne au contraire des Mammifères.

MM. LEMOINE et LINOSSIER (de Lyon) ont pu prendre l'observation d'*un sujet atteint de méricysme* et ont constaté que le mécanisme de sa production était absolument identique à celui de la rumination chez les animaux. d'a-

près les appareils enregistreurs. Dans le premier temps, le sujet avale de l'air au lieu de le respirer; dans le second, l'air est expulsé et les matières alimentaires le suivent jusque dans la bouche.

M. Cadiot a recherché la *fréquence de la tuberculose chez le chien*. Sur 7,000 chiens malades examinés à l'Ecole d'Alfort, il a trouvé la tuberculose 27 fois, soit 1/250. Les poumons étaient les organes le plus fréquemment atteints. On a pu établir, dans beaucoup de cas, que les animaux malades avaient vécu avec des tuberculeux. Ils étaient donc contagionnés directement et pouvaient à leur tour devenir une source de contagion.

M. Piotrowski décrit la *névrose linguale* chez les paralytiques généraux ou les ataxiques. L'affection se caractérise par des picotements et des élancements à la pointe de l'organe. Il peut exister un substratum anatomique, caractérisé par des varices linguales. Quand ces dernières manquent, on a affaire à la forme imaginaire du cancer de la langue, bien connue des chirurgiens.

MM. Bonnier et Dufour ont étudié le *développement des plantes à la lumière électrique*. Elles sont plus grasses, plus courtes, et, pour certaines, le contenu des cellules en réserves alimentaires est entièrement transformé.

MM. Laveran et Vaillard ont recherché le meilleur mode de *désinfection par pulvérisation*. En pulvérisant le lysol, le crésyl, l'acide phénique, le sublimé corrosif, ils ont constaté que, pour les microbes pathogènes communs, l'acide phénique à 5 0/0 était le meilleur agent désinfectant employé en pulvérisation.

MM. Nicolle et Cantacuzène déposent une note sur l'*oxychlorure de ruthénium ammoniacal* employé comme colorant. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 mars 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

La fausse vaccine. L'immunité vaccinale.

M. Hervieux montre qu'il y a pas plus de fausse vaccine que de fausse variole. Toute inoculation vaccinale suivie d'éruption même avortée rapidement confère l'immunité. Inoculé à de nouveau-nés le liquide des pustules avortées peut reproduire le vaccin type.

Relativement à l'immunité vaccinale, les conclusions de M. Hervieux sont les suivantes : 1° L'immunité vaccinale naturelle est très rare chez l'homme. 2° L'immunité conférée par la vaccine ne commence qu'au septième jour pour atteindre son maximum au douzième jour. Sa durée est de sept à huit ans. 3° L'immunité due aux revaccinations a une durée d'autant plus grande que le sujet est plus âgé. Les modifications subies par la pustule dans la revaccination sont en rapport avec le degré de l'immunité. 3° La durée de l'immunité variolique ne dépasse pas la durée de l'immunité vaccinale. La revaccination est donc quelques années après la variole nécessaire et la réceptivité vaccinale est alors parfaitement reparue.

M. Guéniot insiste sur l'importance de cette communication. Dans les statistiques de revaccination faites dans l'armée, les écoles, les boutons acuminés, regardés et négligés comme faux vaccin, devront être notés, puisqu'ils confèrent l'immunité.

Intervention dans les lésions rachidiennes.

M. Delorme dans deux cas de mal de Pott a pratiqué des laminectomies étendues. Dans le premier cas il fit le curage d'une pachyméningite localisée d'un abcès intrarachidien comprimant la moelle et d'une cavité osseuse. Dès le lendemain de l'opération, la sensibilité de la veine du rectum des membres inférieurs disparue depuis onze mois reparaissait. L'amélioration a été depuis progressive. Dans le second cas la laminectomie porta sur les 7me, 8me, 9me, 10me, 11me, 12me dorsales. Le foyer de pachyméningite n'est pas étendu. Le malade mourut le soir de l'opération qui n'avait pas duré moins de deux heures. A l'autopsie on trouva une méningomyélite diffuse. Malgré cet échec M. Delorme croit à l'avenir des opérations de laminectomie.

Le bicarbonate de soude et la digestion.

MM. Linossier et Lemoine montrent qu'à toutes les doses faibles (1 gr. une heure avant le repas ou 0 g. 50 au moment du repas), moyennes (5 gr. une heure avant ou 1 gr. au moment), fortes (10 gr. une heure avant ou 5 gr. au moment du repas) le bicarbonate de soude est avant tout un excitant de la sécrétion gastrique. L'alcalinité par suite de cette excitation produite tout d'abord disparaît vite. Avec les doses faibles et moyennes l'hyperchlorhydrie prédomine. Ce n'est qu'avec les doses fortes qu'il peut y avoir encore hyperchlorhydrie quand les aliments quittent l'estomac.

Indiqué dans les insuffisances de sécrétion gastrique, le bicarbonate de soude est donc un médicament très infidèle dans l'hyperchlorhydrie où la muqueuse stomacale n'est déjà que trop excitée. Peut-être l'acide chlorhydrique entravant l'activité de la muqueuse doit-il — fait paradoxal — lui être préféré.

L'ophtalmie sympathique.

M. Galezowski montre que les premières lésions de l'ophtalmie sympathique sont des hémorrhagies capillaires et des troubles trophiques au niveau de l'ora serrata. C'est en ce point qu'il faut les rechercher au début. Plus tard elles s'étendent peu à peu et envahissent la choroïde. La maladie serait donc, non d'origine microbienne, mais d'origine réflexe, et l'énucléation de l'œil, point de départ de la lésion réflexe, reste le seul traitement efficace.

Durée de la virulence des crachats tuberculeux.

M. Ducor a observé une véritable épidémie de tuberculose dans une famille qui était venu occuper un logement habité deux ans auparavant par deux phtisiques. En examinant des fragments du papier de l'appartement, on y trouva des bacilles de Koch. Des cobayes inoculés avec ces fragments moururent tuberculeux. La désinfection s'impose donc pour tous les appartements où ont vécu, même deux années auparavant, et sans doute plus, des tuberculeux.

Présentations. Correspondance.

M. Germain Sée offre à l'Académie un nouvel ouvrage sur la thérapeutique physiologique du cœur. Il a essayé dans cet ouvrage de fonder les indications du traitement, non sur les lésions anatomiques difficilement accessibles, mais sur les perturbations physiologiques.

M. Revillod, de Genève, pose sa candidature au titre de correspondant étranger. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 mars. — Présidence de M. Ferran.

M. Ferran, à l'occasion du procès-verbal, complète l'observation d'*œdème sous-cutané abdominal*, dont il avait parlé dans la précédente séance. A l'autopsie, on a cherché, sans en rencontrer, des traces de traumatismes. Rien du côté de l'intestin ni du péritoine, léger degré de cirrhose du foie. Congestion intense du poumon avec tendance à l'atélectasie. Pas de signes d'intoxication grave par le phosphore ou quelque autre poison. En somme, rien qui donne l'explication de la lésion observée.

M. Rendu rapporte un *nouveau cas d'arthrite suppurée guérie par les injections étendues de sublimé*. Une domestique entre à l'hôpital avec une arthrite suppurée du genou et accidents généraux remontant à une quinzaine de jours. Pas de cause déterminante connue de la malade. Celle-ci porte sur la cuisse gauche des traces d'une ostéomyélite remontant à trois ans et qui avait suppuré pendant dix mois. On pouvait donc penser que l'arthrite actuelle était due au staphylocoque, vu la température élevée, la présence du pus, le gonflement. Mais il restait un point douteux: la malade ayant présenté, quelques mois auparavant, un écoulement leucorrhéique blanc, l'arthrite pouvait être d'origine blennorrhagique. On mit d'abord la malade dans une gouttière pendant 48 heures. La ponction du genou donna issue à 250 grammes de pus ver-

dâtre. Pas de fongosités articulaires, mais une certaine laxité latérale. Après la ponction, on injecta dans l'articulation trois petites seringues Pravaz de solution de sublimé étendue au 1/4000; compression, immobilisation; les suites sont extrêmement favorables au point de vue général, mais non localement. Il y a défervescence dès le soir et les jours suivants. La température se maintient à 37°. Mais l'épanchement reparaît. 15 jours après, nouvelle ponction sans injection de sublimé, le liquide n'étant pas purulent, mais séreux et citrin. Depuis, il ne s'est plus reproduit et la malade marche avec une genouillère. L'examen bactériologique a montré dans le pus la présence du gonocoque. Il s'agissait donc d'arthrite blennorrhagique. L'examen blennorrhagique permit d'élucider ce point qui fût sans cela resté douteux.

M. LEGENDRE cite *un cas d'érythème scarlatiniforme desquammatif* survenu dans la convalescence d'une fièvre typhoïde et terminé par la mort. La fièvre typhoïde avait évolué normalement; au 37e jour apyrexie complete. Traitement par le sulfate de quinine et l'antipyrine et antisepsie intestinale par le benzonaphtol et le salol. — Pas d'éruption pendant le cours du traitement. Quelques jours après, élévation de la température à 38°2, puis 39. Sulfate de quinine. Le lendemain, taches rouges, érythème de la face, du cou, puis des membres à apparence scarlatiniforme. La température montre des oscillations variables. Le malade n'a pris ni mercure ni iodure de potassium. Cet érythème desquamme bientôt par larges plaques et placards rappelant les vastes desquammations des *dermatites exfoliatrices*. Le 77e jour, le malade est pris de toux et de congestion pulmonaire, puis il présente de signes cavitaires et on trouve dans ses crachats le bacille de Koch. Pas d'antécédents. Il s'agit donc d'une phtisie aiguë.

A l'autopsie, on trouve de rares tubercules dans le poumon droit et un abcès gros comme une mandarine. L'intestin, au 102e jour, présente une ulcération non cicatrisée, malgré qu'on eût pu reprendre l'alimentation. On cherche dans les squames un microbe. On trouve, dans celles qui proviennent de l'aisselle et de la face, le bacille coli. Il n'est pas probable qu'il y ait de rapports entre la présence de ce microbe et l'érythème. Il faut ajouter qu'il y avait desquamation totale de la langue, du pharynx, chute complète des cheveux et des cils et que les ongles étaient presque détachés, signes qui n'appartiennent pas aux dermatites exfoliatrices. On peut donc supposer que l'érythème s'est produit sous l'influence d'une infection secondaire au niveau de l'ulcération intestinale. L'abcès du poumon avec si peu de tubercules ne peut s'expliquer autrement.

M. RENDU se demande si l'ulcération intestinale n'est pas de nature tuberculeuse.

M. LEGENDRE. — L'ulcération avait le siège typique des ulcérations de la fièvre typhoïde. Elle siégeait à côté de trois cicatrices récentes et caractéristiques. A son entrée, le malade ne présentait aucun signe de tuberculose. Mais, comme il a fait un long séjour dans les salles, c'est là qu'il a dû se tuberculiser.

M. DU CASTEL demande s'il y a eu plusieurs desquamations.

M. LEGENDRE. — Il y en a eu plusieurs successives et énormes, la dernière aux organes génitaux.

M. RENDU a vu un individu atteint d'érythème scarlatiniforme très étendu, à la suite de frictions térébenthinées, le malade qui présentait une hydronéphrose éliminait mal le médicament.

M. DU CASTEL. — Il s'agissait, dans ce cas, d'un érythème d'origine chimique. Les dermatites ne sont pas généralement d'origine microbienne. Dans le cas de M. Legendre il serait plutôt dû à des toxines.

M. LEGENDRE. — La présence du coli bacille devait être accidentelle. Ce malade a présenté un peu d'albumine au moment de la desquamation. D'ailleurs, il n'avait pris, au moment où l'éruption s'est produite, aucun médicament susceptible d'en développer.

L.-R. REGNIER.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. Edouard BELLY, naturaliste, est chargé d'une mission scientifique dans les îles de l'Océan Indien et à Madagascar.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 mars 1893. — PRÉSIDENCE DE M. PÉRIER.

Etiologie et traitement du tétanos.

M. SCHWARTZ rapporte 4 cas de tétanos qu'il a eu l'occasion d'observer. Le premier se rapporte à un charretier qui, en tombant de sa voiture, se fit une plaie contuse de la main et de la face. Bien que la main fût dans un état déplorable, on crut pouvoir la conserver après la désinfection rigoureuse de la plaie. Le lendemain, phlegmon de la main avec propagation du segment supérieur, de sorte qu'on fait l'amputation de l'avant-bras; mais 8 jours après apparition d'un tétanos qui emporte le malade en trois jours, malgré le chloral à haute dose. Dans le second, il s'agit encore d'un charretier qui se fait une plaie contuse de l'éminence thénar. La plaie paraissait cicatrisée, lorsque 12 jours après l'accident apparaissent les premiers signes de tétanos. On commence par le chloral, auquel au bout de quelques jours on ajoute le traitement de Baccelli par les injections d'eau phéniquée. Sous l'influence de ce traitement, les phénomènes commencent à s'améliorer et le malade finit par guérir. Le troisième cas est celui d'un garçon de 12 ans, renversé par un wagonnet servant au transport de la terre, qui lui fait une plaie contuse de la jambe; 15 jours après, éclosion du tétanos qu'on traite par les injections de sérum de cheval immunisé. Guérison au bout d'un mois, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Le quatrième malade, un charretier qui eut la jambe cassée par les roues de sa voiture, fut également traité par le chloral et le sérum de cheval, mais sans succès, et fut emporté en quelques jours par le tétanos aigu. Sur ces 4 cas, dont 3 se rapportent à des charretiers, la plaie fut souillée trois fois par la terre, ce qui plaide encore en faveur de l'origine tellurique du tétanos. Au point de vue du traitement, il est à observer que l'amputation, faite de bonne heure dans le premier cas, ne met pas à l'abri du tétanos. Mais dans le cas en question, il existait en même temps une plaie de la face, et c'est elle peut-être qui était le véritable foyer du tétanos; l'amputation est rationnelle et on doit la faire quand il s'agit d'un segment de membre peu important. Le sérum, de même que l'eau phéniquée, ont réussi une fois. Mais il s'agissait de tétanos chronique; puis on donnait en même temps du chloral. Son action n'est donc pas nette; mais peut-être obtiendrait-on plus de résultats si l'injection du sérum était faite préventivement dans les plaies souillées par de la terre.

M. TERRIER donne lecture d'une lettre de M. Nocard qui maintient son opinion relative à l'origine tellurique et non pas chevaline du tétanos.

M. VERNEUIL commence par déposer sur le bureau ses trois brochures sur l'origine du tétanos, dans lesquelles, dit-il, il a réuni tous les faits à l'appui de sa théorie. Il est loin de soutenir l'origine chevaline du tétanos à l'exclusion de toute autre; il admet très bien l'origine tellurique quand on ne peut incriminer le cheval; mais, dans le cas opposé, il faut bien admettre que le cheval joue un role dans le tétanos. Ainsi M. Bengniès-Corbeau (de Givet) lui a envoyé la relation d'une épidémie de tétanos ayant sévi entre les ouvriers d'une tannerie de la région. Voici des gens qui se trouvent en rapport avec des peaux de cheval et contractent ce tétanos à l'occasion des plaies insignifiantes. N'est-ce pas une preuve de l'origine équine? Puis, l'histoire d'un pharmacien qui prend le tétanos après s'être fait panser par un vétérinaire, ou celle d'un individu qui devient tétanique après avoir été pansé par un étudiant en train d'arranger le collier de son cheval. Ces deux faits ne démontrent-ils pas l'origine équine du tétanos? Quant au traitement, il doit être surtout prophylactique et, sous ce rapport, l'antisepsie qui tue le vibrion septique et laisse seul le bacille de Nicolaier est déjà très importante. Ensuite, il faut éviter autant que possible de fermer les plaies. Le mieux c'est de les traiter par la pulvérisation antiseptique.

Rupture des voies biliaires.

M. ROUTIER fait un rapport sur une observation de M. MICHAUX, relative à un cas de rupture des voies biliaires guéri par la laparotomie. Il s'agit d'un charretier renversé par sa voiture, qui lui passa sur le ventre. Il arriva à l'hôpital

avec des phénomènes abdominaux graves auxquels s'ajoutèrent, le lendemain, ceux de broncho-pneumonie. Devant la persistance des phénomènes abdominaux et l'aggravation de la situation, M. Michaux fit la laparotomie et retira 300 grammes d'un liquide verdâtre que l'examen fit reconnaître pour de la bile. Guérison rapide. Comme dans la plupart des observations rapportées par M. Routier, il fut impossible de reconnaître le siège exact de la lésion. Ce qu'il importe, c'est d'opérer de bonne heure, aussitôt le diagnostic de rupture fait.

M. CHOUX lit une observation de *kélotomie pour hernie inguinale congénitale étranglée.*

M. HARTMANN présente une malade à laquelle il a fait la *réduction d'une luxation obturatrice spontanée de la hanche,* survenue dans le cours d'une coxite rhumatismale aiguë.

M. TUFFIER présente, au nom de M. FORGUES, un nouveau *stérilisateur de sondes.*

M. DESNOS présente un certain nombre de pièces montrant l'*action de l'électrolyse sur les urèthres des chiens.*

Marcel BAUDOUIN.

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

I. — **Quelques cas d'hystérie mâle et de neurasthénie** ; par GRASSET. — Leçons publiées par P. JEANNEL, chef de clinique. (*Montpellier méd.*, 1891.)

II. — **Un cas de sclérose en plaques et hystérie associées, avec autopsie** ; par GRASSET. — Leçons publiées par M. le Dr CASTAN (*Nouveau Montpellier méd.*, 1892).

I. — Série de leçons portant sur un certain nombre de malades : un hystérique mâle, tuberculeux probablement, avec stigmates permanents et état mental déprimé, sans crises convulsives ; une jeune fille de 13 ans, à attaques violentes, à stigmates peu prononcés, avec des zones hystérogènes très manifestes. Signalons en passant quelques considérations sur l'hystérie traumatique et sur la théorie de l'auto-suggestion dans l'étiologie des accidents hystériques. M. Grasset continue à ne pas être partisan des théories émises par M. Charcot, sans donner d'ailleurs d'arguments nouveaux en faveur de son opinion. Au contraire, il en fournit pour ainsi dire contre lui ; il fait remarquer combien peu a dû agir l'auto-suggestion dans la production d'un mal de tête consécutif à un choc violent sur la nuque. Le lien très direct entre la cause et l'effet parait ici au contraire très évident. D'autre part, M. Grasset, à propos d'un malade atteint d hystérie traumatique et chez lequel on ne constatait que de grandes attaques, note le peu d'influence de l'auto-suggestion dans le développement des troubles morbides. Mais personne n'a jamais songé à expliquer des accidents semblables par le mécanisme applicable seulement aux accidents d'hystérie locale, à ceux, en somme, dans lesquels l'enchaînement entre l'effet et la cause est facilement constatable.

A propos d'un cas d'hystérie chez un militaire, l'auteur étudie le côté médico-légal de la question au point de vue militaire déjà abordé par M. Duponchel dans ses travaux sur l'hystérie dans l'armée, la durée quelquefois très longue des accidents, le traitement et son efficacité.

Suit l'étude d'un malade hystéro-traumatique avec astasie-abasie et tremblement très développé, lequel donne lieu à des considérations intéressantes sur ces deux phénomènes hystériques, ainsi que sur les fugues ambulatoires hystériques dont ce malade était également atteint, sur le traitement par l'hypnotisme, sur la simulation hystérique des maladies organiques des centres nerveux.

Les leçons sur la neurasthénie débutent par des considérations sur l'historique et l'étiologie de cette affection, surmenage scolaire, politique, professionnel, l'hérédité, le traumatisme et même les intoxications. L'énumération des symptômes donne lieu, à propos des troubles digestifs, à une longue discussion des opinions de M. Bouchard sur la dilatation de l'estomac, et de M. Glénard sur la nephro-intero-gastroptose, la maladie des désiquilibrés du ventre. Dans le passage relatif au diagnostic, je signalerai la mention du diagnostic à faire entre la neurasthénie et l'artério-sclérose dont l'ensemble symptomatique peut quelquefois revêtir l'allure de cette névrose. Enfin, M. Grasset étudie le traitement et le discute en particulier la valeur du traitement systématique de Weir Mitchell.

II. — Chapitre intéressant à ajouter à l'histoire des associations hystéro-organiques. Il s'agit d'une femme de 23 ans, présentant le nystagmus, le trouble de la parole, le tremblement intentionnel caractéristique de la sclérose en plaques. De plus on note de l'exagération des réflexes rotuliens avec trépidation épileptoïde. Un mois après son entrée dans le service de M. Grasset surviennent des attaques typiques d'hystérie. On constata alors de l'hypoesthésie du membre supérieur droit (déjà notée avant l'apparition des attaques), des zones hystérogènes ovarienne et sous-mammaire. S'agissait-il de sclérose en plaques associée à l'hystérie, ou simplement d'hystérie simulant la sclérose en plaques ? (Charcot, Rendu, Pitres, Dutil, Souques, pseudo-sclérose en plaques de Westphal, etc...) S'appuyant sur un certain nombre de symptômes qu'il étudie minutieusement, le tremblement, l'embarras de la parole, les vertiges et surtout les troubles oculaires qui sont si différents dans la sclérose en plaques et l'hystérie, M. Grasset conclut à l'existence d'une association hystéro-organique. La suite des événements lui donna d'ailleurs raison, car, sept mois plus tard, la malade mourut d'accidents bulbaires graves, ce qui était une première preuve en faveur de l'existence d'une sclérose en plaques, car on ne meurt guère ainsi par le fait de l'hystérie. Enfin l'autopsie permit de constater dans le bulbe et dans la moelle des plaques de sclérose disséminées tout à fait caractéristiques. Ce travail se termine par quelques considérations intéressantes sur les associations de l'hystérie et même d'autres névroses avec les maladies organiques des centres nerveux (sclérose en plaques, tabes, syringomyélie).

Georges GUINON.

HYDROLOGIE

Traitement hydrologique de l'anémie ;

par le Dr Ph. BERNARD.

Les études d'hématologie clinique ont réalisé de grands progrès depuis que les méthodes chimique, spectroscopique et colorimétrique, nous ont appris à apprécier le degré variable de la richesse globulaire par le dosage de l'hémoglobine et de l hématine. La numération des hématies, des leucocytes et des hématoblastes, sous le champ du microscope, fournit aussi à la pratique médicale de précieux éléments de pronostic et de diagnostic. On sait, aujourd'hui, que la chlorose et la plupart des anémies dites *primitives* sont dues au défaut de transformation des hematoblastes en globules rouges adultes. Tous les efforts de l'hygiène et de la thérapeutique doivent avoir pour but de pousser à cette métamorphose, d'où résultent, pour notre fluide nourricier, la vie et la santé. La guérison de l'anémique résultera de l'équilibre rétabli entre l'évolution nutritive et la réparation organique.

On connait les principaux inconvénients attachés aux préparations ferrugineuses de la pharmacopée contemporaine. Ils se résument en symptômes irritatifs sur le tube digestif : éructations, gastralgies, constipation opiniâtre, parfois diarrhée, état saburral, inappétence, météorisme, engorgements hémorroïdaires, etc... Mais l'inconvénient le plus réel, c'est de produire tous ces méfaits, sans qu'il en résulte pour le sang appauvri d'action bien nettement favorable : et cela à cause de l'absence d'assimilation de la plupart des ferrugineux. Il y a plus de deux cents ans que l'illustre Sydenham, guidé par la prescience du génie, indiquait aux praticiens l'usage des eaux minérales ferrugineuses, dans lesquelles de petites doses de fer, solubilisé et corrigé, en quelque sorte, par la chimie de la Nature (si supérieure à celle des laboratoires) triomphent, en quelques semaines, de l'anémie la plus caractérisée.

« C'est là un fait reconnu par tous les médecins, dit notre savant confrère le Dr Bardet. Le meilleur mode d'administrer le fer est toujours l'eau minérale ; malheureusement, ce traitement est très coûteux et, par suite, à la portée seulement

des gens aisés. » Eh bien! en cherchant, j'ai trouvé, cher confrère, une eau qui n'offre point ce désavantage très appréciable pour notre clientèle moyenne. *Saint-Alban* (Loire) renferme, par litre, 2 à 3 centigrammes de bicarbonate de fer, qui, joints à 1 gramme environ de bicarbonates de chaux, soude, potasse et magnésie, et surtout à 2 grammes de gaz acide carbonique (qui lui sert de passe-port et de sauf-conduit pour l'estomac) constituent, pour moi, le meilleur remède de l'appauvrissement du sang. Et Saint-Alban coûte 60 à 70 0/0 meilleur marché que les sources similaires! Quel avantage pour les habitants des villes, *tous anémiques* : ils peuvent, à la fois, faire de l'hygiène et de la thérapeutique, en buvant de l'eau de Saint-Alban. Car, ils remontent leur faillite globulaire et évitent, en même temps, ces eaux polluées qui nous transfusent la fièvre typhoïde et les autres maladies zymotiques!...

Saint-Alban est, pour nous, l'eau hygiénique par excellence des populations des centres urbains, ou plutôt *c'est le type le plus perfectionné de l'eau de table médicinale à bon marché.*

Saint-Alban est une source *martiale* vraiment active : 1° Parce que son bicarbonate ferreux n'est point comme noyé au milieu d'une minéralisation alcaline intensive; 2° Parce que la solubilité de ce principe se trouve pleinement assurée, à la faveur d'une énorme quantité d'acide carbonique libre ou combiné. Au surplus, les eaux martiales fortes ne sont jamais digérées, et l'on ne saurait, sans risquer l'irritation gastro-intestinale, en conseiller l'usage alimentaire continuel. Un chlorotique, en somme, pour être guéri, n'a besoin que de fixer dans ses globules quelques centigrammes de fer. Si les ferrugineux guérissaient par leur seule ingestion, la pléthore globulaire gouvernerait le monde.

En est-il ainsi? Non. — C'est que le médicament n'est rien, l'*assimilation est tout.*

C'est là que gît, précisément, la supériorité de Saint-Alban, qui réunit en elle les éléments primordiaux des deux médications *eupeptique* et *martiale* : elles se touchent et se complètent combien souvent, dans la pratique journalière! Recommandons donc aux praticiens (et surtout aux malades) ce type d'eau acidule, amie du tube digestif et de la nutrition : *Saint-Alban n'a aucun des inconvénients du fer pharmaceutique et ne coûte pas plus cher*; en revanche, quelle étrange affinité de cette composition hydro-minérale naturelle pour les hématoblastes du système sanguin!

Après quelques semaines de ce traitement, si facile et si agréable, la peau et les muqueuses se recolorent; l'œil reprend l'éclat de la santé; l'oppression et les palpitations cessent; les souffles systoliques ne sont plus perçus, non plus que le frémissement jugulaire. L'appétit pour les viandes reparaît et la digestion s'effectue sans souffrance, ainsi que la défécation, qui redevient régulière. Plus de gastralgie ni de nausées, caractéristiques de la chlorose dyspeptique (*hypopepsie*, Hayem), complication qu'avaient créée ou aggravée les médicaments. Les vertiges, éblouissements et syncopes ont disparu avec les névralgies et la dyspnée.

S'il s'agit d'une femme, la menstruation reparaît normale, et c'est, comme on l'a dit, « la boussole de santé. » Un grand nombre de praticiens (parmi lesquels je citerai Cornil, Durand-Fardel, Monin et bien d'autres), conseillent, pour ces raisons, l'usage de Saint-Alban comme eau de table, contre les chloro-anémies, qui posent tant de candidatures aux maladies constitutionnelles les plus graves. C'est là de la prophylaxie au premier chef. Il va sans dire que, si l'on peut *faire une cure sur place*, cela vaut encore mieux. On a affaire alors à une station charmante et « bonne enfant, » dans un climat exceptionnellement salubre.

On profite d'une installation hydrothérapique de premier ordre et d'une thérapeutique spéciale par les bains et douches d'acide carbonique, dont l'Allemagne, toujours rapace, a cru depuis longtemps devoir s'emparer, pour la plus grande prospérité de ses établissements thermaux.

HYGIÈNE DES PRISONS. — Il y a quelque temps, on a établi des étuves et des douches dans certaines salles du Dépôt, afin de soumettre à un fort lavage, dès leur arrivée, tous les individus qui sont amenés dans cette prison. Ce système d'étuves et de douches fonctionnera à partir d'après-demain.

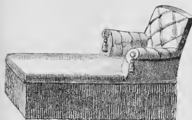
VARIA

Récompenses pour l'Epidémie cholérique.

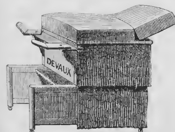
Conformément au décret du 31 mars 1885 le Président du Conseil, Ministre de l'intérieur, a décerné aux personnes ci-après désignées des médailles d'honneur ou des mentions honorables en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de l'épidémie cholérique de 1892.

Médailles d'or. — Mlle Anselme, dite Deschâteaux, en religion sœur Adélaïde à Cherbourg. — M. le Dr Attimont, médecin des hôpitaux de Nantes. — M. le Dr Aymard, délégué sanitaire du ministre de l'intérieur dans les départements du Pas-de-Calais et du Morbihan. — M. le Dr Barié, médecin des hôpitaux à Paris. — M. le Dr Bertin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nantes. — M. Bezançon, chef de la 2e division à la préfecture de police. — M. le Dr Boulloche (Pierre), délégué sanitaire du ministre de l'intérieur dans le département de la Manche. — M. le Professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président du comité consultatif d'hygiène publique de France. — M le Dr Brousse, conseiller municipal de Paris, conseiller général de la Seine, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité et du comité permanent des épidémies de la Seine. — M. le Dr Broussin, médecin adjoint des épidémies de l'arrondissement de Versailles. — Mme Carette, en religion sœur Sainte-Marcelle, supérieure des sœurs de l'Hôtel-Dieu à Cherbourg. — M. le Dr Caron (Auguste), médecin-adjoint des hôpitaux du Havre. — Mme Charvet (Léontine), née Robert, sous-surveillante à l'hôpital de la Pitié à Paris. — M. le Dr Colin, inspecteur général, président du conseil de santé des armées, membre du conseil d'hygiène et de salubrité et du comité permanent des épidémies de la Seine. — M. le Dr Coten (Joseph), médecin à Oissel (Seine-Inférieure). — M le Dr Courbet, (Godefroy), médecin adjoint des hopitaux du Havre. — M. le Dr Crimail (Antoine), médecin des épidémies de l'arrondissement de Pontoise (Seine-et-Oise). — M. le Dr Critzmann, délégué sanitaire du ministre de l'intérieur dans le département du Nord. — M. le Dr Delabost, médecin à Rouen. — M. le Dr Dubousquet-Laborderie, médecin à Saint-Ouen (Seine), médecin délégué des épidémies. — Sœur Sainte-Eulalie, religieuse hospitalière de la congrégation de Bon-Secours à Boulogne-sur-Mer. — M. le Dr Fernet (Charles), médecin de l'hôpital Beaujon, à Paris. — M. le Dr Girode, délégué sanitaire du ministre de l'intérieur dans les départements de la Seine-Inférieur, de l'Eure et du Pas-de-Calais. — M le Dr de Grissac (Armand), médecin à Argenteuil (Seine). — M. le Dr Hallette (Alfred), médecin des épidémies de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer. — M. Imard, inspecteur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris. — M. Jeannin, interne provisoire à l'hôpital temporaire du bastion 36 à Paris. — M. Lagniel, économe de l'hospice de Honfleur (Calvados). — M. Laplanche, directeur des hôpitaux du Havre. — M. le Juge de Segrais, interne provisoire à l'hôpital temporaire du bastion 36 à Paris — M. le Dr Le Roy des Barres, chirurgien à l'hôpital de Saint-Denis (Seine). — M. le Dr Lesueur, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bernay. — M le Dr Levraud, conseiller municipal de Paris, conseiller général de la Seine, membre du conseil d'hygiène et de salubrité et du comité permanent des épidémies de la Seine. — M. le Dr Manouvriez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Valenciennes. — M. Masure, interne des Hôpitaux de Lille. — Sœur Sainte-Mathilde, religieuse hospitalière de la communauté des sœurs de Bon-Secours à Boulogne-sur-Mer. — M. le Dr du Mesnil, secrétaire du comité consultatif d'hygiène publique de France, délégué sanitaire du ministre de l'intérieur dans le département de la Seine-Inférieure. — M. Moinet, directeur des hospices de Rouen. — Mme Ozanne, née de Latteignant, surveillante hospitalière au nouvel hôpital du Havre. — M. le Pr Peter, médecin de l'hôpital Necker à Paris — M. Picard, vice-président de la commission administrative des hospices de Rouen. — M. Pompidor, interne des hôpitaux de Paris, delégué sanitaire du ministre de l'intérieur dans le département du Morbihan — M. Rautureau (Joseph), interne des hôpitaux de Nantes. — M. le Dr Renault, médecin des hôpitaux, médecin vérificateur des décès, à Paris. — M. le Dr Reumaux, chargé du service des épidémies à Dunkerque. — M. Thibaut (Albert), interne des hôpitaux de Lille. — M. le Dr Widal, délégué sanitaire du ministre de l'intérieur dans le département de l'Oise.

Médaille de vermeil. — M. le Dr Babinski, chargé d'un service des cholériques à l'Hôtel-Dieu à Paris. — M. le Dr Bourcy, médecin du bureau central, chargé d'un service des cholériques à l'Hôtel-Dieu à Paris. — M. le Dr Bourdet, médecin à Cherbourg. — M. Boutin (Albert), interne au nouvel hôpital du Havre. — M. le Dr Delarue fils, médecin à Dieppe. — M. le Dr Delpeuch, médecin du bureau central, chargé du service des cholériques à l'hôpital Lariboisière, à Paris. — M. le Dr Deschamps, médecin



MODELE FERME



MODÈLE OUVERT

inspecteur adjoint au service des épidémies à Paris. — M. le Dr Deshayes, médecin adjoint des épidémies, à Rouen. — M. le Dr Didier, médecin adjoint des hôpitaux de Rouen. — M. le Dr Dupuy, médecin à l'hôpital Saint-Denis. — M. le Dr Fioupe, médecin de l'hôpital de la Conception à Marseille. — M. le Dr Fleury, inspecteur de la prison Bonne-Nouvelle à Rouen. — Mme Gaveau, en religion sœur Charles-Joseph, à l'hospice de Cherbourg. — M. Guibert, conseiller général, membre de la commission administrative des hospices à Marseille. — M. le Dr Hellet, maire de Clichy (Seine). — M. le Dr Hubert, médecin à Cherbourg. — M. Lasserre (Jean), interne à l'hôpital Beaujon à Paris. — M. Launay (Edme), sous-économe au nouvel hôpital du Havre. — Mme l'Excellent, en religion, sœur La rent-Joseph, à l'hospice de Cherbourg. — M. Legras, vice-président du bureau de bienfaisance à Rouen. — M. le Dr Lemaire, médecin au Tréport (Seine-Inférieure). — M. Léonard (Emile, interne au nouvel hôpital du Havre. — M. le Dr Lesage, ancien interne des hôpitaux, chargé du service des cholériques à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris. — M. le Dr Leudet (Robert), médecin adjoint des hôpitaux à Rouen. — M. le Dr Lucas, conseiller d'arrondissement à Montfort-sur-Risle (Eure). — Mlle Marié (Amélie), sous-surveillante hospitalière au nouvel hôpital du Havre. — M. le Dr Massari, médecin de l'hôpital d'Honfleur. — M. Maurin (Ferdinand), sous-chef de bureau chargé de la direction de l'hopital Saint-Antoine à Paris pendant l'épidémie. — M. le Dr Michaux, médecin à Aubervilliers (Seine). — M. le Dr Mouton, membre adjoint de la commission d'hygiène publique et de salubrité du 11e arrondissement à Paris. — M. le Dr Pedrono (Louis), médecin des épidémies de l'arrondissement de Lorient. — M. le Dr Roger, médecin du bureau central, chargé du service des cholériques à l'hôpital Saint-Louis à Paris. — Mlle Rosset, sous-surveillante à l'hôpital Necker à Paris. — M. Roux (Paul). sous-chef du bureau de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur. — M. le Dr Siredey, médecin du bureau central, chargé d'un service de cholériques à l'Hôtel-Dieu à Paris. — M. Souesme (Frédéric), interne au nouvel hôpital du Havre. — M. le Dr Tourdot, médecin à Sotteville-lès-Rouen. — M. le Dr Touvenaint, médecin inspecteur adjoint du service des épidémies à Paris. — M. de Valbreuze (Louis), chef du bureau de l'hygiène publique au ministre de l intérieur. — Mlle Vaslot (Elise), en religion sœur Charles, à Cherbourg.

Médailles d'argent. — M. le Dr Aigre, maire de Boulogne-sur-Mer. — M. le Dr Ardouin, médecin à Aubervilliers (Seine). — M. le Dr Balard d'Herlinville, médecin du service municipal spécial au Havre. — M. le Dr de Bossy, médecin du service munipal spécial au Havre. — M. le Dr Bottard, médecin du service municipal spécial au Havre. — M. Bouju, interne à l'hôtel-Dieu de Rouen. — M. le Dr Bouju, directeur du sénatorium au Havre. — M. le Dr Brechot, médecin de l'hospice de Caudebec (Seine-Inférieure). — M. le Dr Le Gad, médecin du service municipal spécial au Havre. — M. le Dr Lenhardt, médecin du service municipal spécial au Havre. — M. Lépouzé, pharmacien, à Monville (Seine-Inférieure). — M. le Dr Leroy, médecin du service municipal spécial au Havre. — Mlle Le Vasseur (Blanche-Albertine), surveillante hospitalière du nouvel hôpital du Havre. — M. le Dr de Lignerolles, medecin du service municipal spécial, au Havre. — M. le Dr Lorentz, médecin du service municipal spécial, au Havre. — M. le Dr Magalon, maire de La Bouille (Seine-Inférieure). — M. le Dr Marquézy, médecin des épidémies de l'arrondissement, à Neufchâtel. — M. Martel, interne à l'Hôtel-Dieu de Rouen. — M. le Dr Mazade (Henry), inspecteur départemental de l'Assistance publique, à Marseille. — M. le Dr Ménétrier, délégué sanitaire du ministre de l'intérieur dans le département de la Manche. — M. le Dr Michaut (Paul-Pierre), médecin à Gonesse (Seine-et-Oise). — M. le Dr Napieralski (Erasme), médecin de l'état-civil et du bureau de bienfaisance, à Pont-Audemer. — M. Neyron, économe à l'Hôtel-Dieu de Rouen. — M. le Dr Omont (Pierre), membre du conseil d'hygiène de Pont-Audemer. — M. le Dr Ovion, chirurgien en chef de l hopital de Boulogne-sur-Mer. — M. le Dr Panel directeur du bureau municipal d'hygiène de Rouen. — M. le Dr Parisot, médecin des epidemies de l'arrondissement de Nancy. — M. le Dr Patin (Eugene), médecin, à Boulogne-sur-Mer. — M. Pelvilain (Eugene), infirmier au nouvel hopital du Havre. — Mme Perdreau, en religion sœur Sainte-Marie-Léonie, supérieure des sœurs de l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir). — M. Petit (René-Auguste) interne provisoire à l'Hotel-Dieu annexe à Paris. — M. Petit (Alexis), interne à l'Hotel-Dieu de Rouen. — M. le Dr Pouy, medecin du service municipal spécial du Havre. — M. le Dr Powidewicz, médecin du service municipal du Havre. — M. le Dr Raoul (Marius-Hippolyte), médecin, à Saint-Ouen (Seine). — M. le Dr Renau, medecin du service municipal special, au Havre. — M. le Dr Rident, medecin en chef de l hospice d'Elbeuf. — M. le Dr Roger (J. M.), medecin du service municipal spécial, au Havre. — M. le Dr Rotillon, médecin, à Paris. — M. Saint-Denis (Georges), commis rédacteur chargé de la direction temporaire du bastion 36, à Paris. — Sœur Saint-Joseph, religieuse à l'hospice de Caudebec-en-Caux (Seine-Inférieure). — Sœur Sainte-Paule, supérieure des surveillantes à la prison Bonne-Nouvelle, à Rouen. — M. le Dr Schrœder (Louis-François), médecin, à Paris. — M. le Dr Signez (Edmond), médecin, à Paris. — M. Sion (Octave), interne à l'hôpital de Saint-Denis. — M. le Dr Sourice, médecin du service municipal spécial, au Havre. — Mlle Tallec (Louise), detachée à l'hôpital temporaire du bastion 36, à Paris. — M. Tanche (Paul). médecin du bureau de bienfaisance à Armbouts-Cappel (Nord). — M. le Dr Testelin (Charles-Henri), médecin, à Argenteuil (Seine-et-Oise). — M. Thiercelin (Emile), interne à l'hopital Saint-Antoine, à Paris. — M. le Dr Thobois (Jules), medecin, à St-Ouen (Seine). M. le Dr Thomeuf (Léon), médecin, à Lorient (Morbihan). — M. le Dr Toussaint (Emile-Olivier), médecin, à Argenteuil (Seine-et-Oise). — M. Vasseur, inspecteur de l'Hôtel-Dieu, à Rouen. — M. le Dr Warenghem (Jules-Barthélemy), médecin de l'hôpital de Calais. — M. le Dr Vauquelin (Frédéric). médecin des épidémies de l'arrondissement de Lisieux. — M. le Dr Waquet (Louis), médecin, à Lorient. — M. le Dr Wurtz, délégué sanitaire du ministre de l'intérieur dans le département du Calvados.

Médailles de bronze. — Mme Aguilar (Elise), née Leblond, infirmière à l'hospice de Caudebec-en-Caux (Seine-Inférieure). — M le Dr Albert (Charles-Philippe), vice-président da la commission d'hygiène et de salubriié du XIXe arrondissement, à Paris.— M. Bertrand (Paul-Augustin-Clément), interne provisoire à l'hôpital civil de Nancy. — M le Dr Biat, médecin, à Trith-Saint-Léger (Nord). — Mlle Blanc (Séraphine), 1re infirmière détachée à l'hôpital temporaire du bastion 36, à Paris. — Mme Blin, née Madeleine infirmière à l'Hôtel-Dieu de Rouen. — M. Bouteleux (Alexandre-François), adjoint au maire de Graville-Sainte-Honorine (Seine-Inferieure). — M. le Dr Boutleux (Ludovic), médecin des épidemies de l arrondissement de Béthune. — M Brossard (Joseph), surveillant à l'hospice général du Havre — M. Brunet (Henri-Ernest), externe à l'hôpital Lariboisière, à Paris. — M. Carrion (Henri), interne en pharmacie à l'hôpital St-Antoine, à Paris. — M. Champy (Charles), surveillant à la maison départementale de Nanterre (Seine). — M. Chevreau (Pierre), cocher du service des ambulances municipales, à Paris. — Mme Coulange, sœur Saint-Louis, infirmière à l'Hôtel-Dieu de Rouen — M. le Dr Dacquet, médecin, à Etaples (Pas-de Calais). — M. le Dr de la Croix (Léopold-Eugène), médecin, à Lisieux. — M. le Dr Deladrière (Célestin), médecin, à Calais. — M. le Dr Demmler, médecin, à Saint-Leu-d'Esserent (Oise). — M. Dewisme (Augustin), pharmacien de 1re classe, à Boulogne-sur-Mer. — M. Dispa, médecin, à Audinghen (Pas-de-Calais), interne à l'hôpital de Boulogne-sur-Mer. — M. Doumergue (Adhémar), rédacteur au bureau de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur. — Mme Dubreuil (Marie), infirmière au service des baraquements de l'hospice général de Nantes. — M. Dubus (Fortuné-Albert), économe des hospices du Havre. — M. Dulsconët (Michel), médecin, à Kériado-Ploemeur (Morbihan). — M. Dumesnil, infirmier à l'Hotel-Dieu, à Rouen. — Mme Durand (Joséphine), en religion sœur Cordule, religieuse attachée à l'hôpital de Lorient. — M. le Dr Duriau (Gustave), médecin du bureau de bienfaisance et de la maison d'arrêt, à Dunkerque. — M. Durville (Fernand), externe attaché au bureau central, à Paris. — Mme Elain (Jeanne-Marie), infirmière au service des baraquements de l'hospice général de Nantes. — M. Finance (Constant), surveillant en chef de l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir). — M. Forget, infirmier à l'Hotel-Dieu de Rouen. — M. François (Eugène-Marie), interne à l'asile d'aliénés de Quimper. — M. Grunberg (Jacob), externe attaché au bureau central, à Paris. — M. Guillot (Louis), surveillant à la maison départementale de Nanterre (Seine). — M. Hebenstreit (Louis Hippolite), infirmier-major à l'hospice général du Havre. — M. Hœla (Pierre), infirmier à l'hôpital de Lorient. — M. Hulmann (Max), externe attaché au bureau central, à Paris. — M. Jarles (Léon), infirmier à l'Hôtel-Dieu de Paris — M. Julien (Gustave), infirmier à l'hopital temporaire du bastion 36, à Paris. — M. Ladevie (Antoine), interne des hôpitaux du Havre. — M. Lagoutte (Victor-Eugène), infirmier à l'hôpital de la Pitié, à Paris. — Mlle Lalvey (Marie), sous surveillante à l'hopital Lariboisière, à Paris. — M. Lannes (Henri), bibliothécaire-archiviste du conseil supérieur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur. — M. le Dr Lecourt, médecin à Canteleu (Seine-Inférieure). — M. le Dr Leissen (Mathurin), médecin à Hennebont (Morbihan). — Mme Lemoine, en religion mère Sainte Chantal, attachée à l'hopital Saint-Louis, à Paris. — M. Le Mouton, infirmier à l'Hotel-Dieu, à Rouen. — M. Letellier (Gaston-Edouard), interne en pharmacie, au Havre. — Mlle Leyra (Dolorès), infirmière bénévole pour la durée de l'épidémie au bastion 36, à Paris. — M. le Dr Mantel (Paul-Joseph), médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Omer. — M. Ménereul (Louis-François), interne à l'asile d'aliénés de Quimper. — Mme Milo (Geneviève), garde-malade laïque volontaire, à Grand-Fort-Philippe (Nord). — Mme Mouton, née Bureau, infirmière à

l'Hôtel-Dieu de Rouen. — Mme Oyéau (Marie-Françoise), infirmière au service des baraquements de l'hospice général de Nantes. — M. le Dr Pauthier (Henri), médecin de la prison de Senlis (Oise). — Mlle Pelé (Virginie), infirmière diplômée du service des ambulances municipales à Paris. — M. Picard, infirmier à l'Hôtel-Dieu de Rouen. — Mme Piquendaire (Léonie), infirmière laïque aux baraquements de Dunkerque. — Mme Planteiève (Marie-Alix), née Gérard, sous-surveillante à l'hôpital Beaujon, à Paris. — Mme Rémond, en religion sœur Saint-Ignace, attachée à l'Hôtel-Dieu de Paris. — M. Rolland (Paul-Emile), médecin-pharmacien, au Havre. — M. Roussel (Charles), infirmier à l'hôpital Bichat, à Paris. — Mme Rousselle (Anna), infirmière diplômée du service des ambulances municipales, à Paris. — M. le Dr Roustan (Léon-Auguste), médecin des épidémies du canton de Creil (Oise). — M. le Dr Ruyssen (Georges), médecin du bureau de bienfaisance de Dunkerque. — M. Saussay (François), infirmier à l'Hotel-Dieu de Rouen. — M. le Dr Sauvage (Allain), médecin, à Lorient. — Mlle Sebire (Juliette), infirmière à l'hospice de Caudebec-en-Caux (Seine-Inférieure). — M. Séro (Julien), infirmier au service des baraquements de l'hospice général de Nantes. — Mme Stalin, sœur Sainte-Cécile, infirmière à l'Hôtel-Dieu de Rouen. — M. Talbourdet (Pierre), infirmier au service des baraquements de l'hospice général de Nantes. — Mlle Vallette (Thérese), infirmière diplômée du service des ambulances municipales, à Paris. — M. Villerd (Georges-Xavier), surveillant à la maison départementale de Nanterre (Seine). — M. le Dr Villette (Louis), médecin du bureau de bienfaisance, à Dunkerque. — M. le Dr Vincent, médecin, à Gouvieux (Oise). — M. Wack (Eugène), surveillant de la maison departementale de Nanterre (Seine).

Mentions honorables. — M. le Dr Baseil, médecin cantonal de la circonscription de Pompey-Frouard (Meurthe-et-Moselle). — Mlle Blondel (Anna), infirmière à l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir). — Mme Bos (Catherine), en religion sœur Joseph, à l'hospice civil de Cherbourg. — Mme Brêret (Julienne), buandière au service des baraquements à l'hospice general de Nantes. — Mlle Chedoté (Marie), infirmière à l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir). — M. Cléret (Victor), infirmier à l'hôpital de Cherbourg. — M. Collange, infirmier au nouvel hôpital du Havre. — M. le Dr Courtois, médecin à Paris. — Mlle Cravert (Marguerite Olive), sous-surveillante hospitalière au nouvel hopital du Havre. — M. Crepeau (Elie), garçon d'amphithéâtre au service des baraquements de l'hopital général de Nantes. — M. Cryé, médecin, membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du 12e arrondissement à Paris. — M. le Dr Duchesne, médecin à Gournay (Seine-Inférieure). — Mlle Duflo, infirmière au nouvel hopital du Havre. — M. le Dr Duhamel, medecin à Gournay (Seine-Inférieure). — M. Dupont (Alphonse), infirmier à l'hôpital de Cherbourg. — Mlle Ferry (Charlotte), infirmière à l'hospice général du Havre. — Mme Gachon, en religion sœur Séraphie, à l'hopice civil de Cherbourg. — Mme Hugon (Catherine), en religion sœur Sainte-Robert, sœur hospitalière à l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir). — Mlle Le Mignon (Mathilde-Louise), hospitalière au nouvel hopital du Havre. — Mme Martel, en religion sœur Sainte-Marie, sœur hospitalière à l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir). — Mlle Noblet (Marie), infirmière à l'hospice civil de Cherbourg. — Mme Peigné, religieuse hospitalière des dames de Saint-Thomas-de Villeneuve à l'hospice général du Havre. — Mlle Perron (Marie), infirmière à l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir). — M. le Dr Pivion, membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du 19e arrondissement à Paris. — Mme Porchet, en religion sœur Sainte-Patrice, sœur hospitalière à l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir). — Mlle Roussel (Louise-Augustine), hospitalière du nouvel hôpital au Havre. — Mlle Simon (Jeanne-Marie), hospitalière au nouvel hopital du Havre.

M. Briend (René), interne au nouvel hopital au Havre. — M. le Dr Broquet, medecin à Gonesse (Seine-et-Oise). — M. le Dr Brousse, médecin du bureau de bienfaisance a Saint-Etienne (Pas-de Calais). — M. le Dr Caron (François), infirmier à l'hopital d'Eu (Seine-Inférieure). — M. le Dr Carrère, médecin du service municipal au Havre. — Mme Castets (Marie), née Salmon, suppléante à l'hôpital Lariboisière à Paris. — M. Clostre, directeur de l'usine de phenol à Argenteuil (Seine-et-Oise). — M. Collinet (Paul), interne provisoire à l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris. — M. de Cool (Alexandre), officier de santé, interne en médecine à l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir). — M. Cordebart (Jacques) interne au nouvel hopital au Havre. — M. le Dr Cuisinier, médecin des épidemies de l'arrondissement de Calais. — Mme Cahet, en religion sœur Saint-Augustin à l'hopital Saint-Louis à Paris. — M. Damourette (Edouard), interne à l'hopital Necker à Paris. — Mme Desnaire, en religion sœur Sainte-Hélène, religieuse ursuline, à l'hôpital civil de Dunkerque. — M. le Dr Desmontils (Henry), médecin à Graville-Sainte-Honorine (Seine-Inférieure). — M. Dubrisay (Henri-Louis), interne à l'Hôtel-Dieu à Paris. — M. le Dr Dugardin, médecin du service municipal spécial au Havre. — M. le Dr Duliscouët (Hyacinthe), médecin à Lorient. — M. le Dr Ehrhardt, médecin inspecteur suppléant du service des épidémies à Paris. — M. le Dr Engelbach, médecin du service municipal spécial au Havre. — M. Ettlinger (Charles-Jacques), interne à l'hôpital Lariboisière à Paris. — M. le Dr Fauvel, médecin du service municipal spécial au Havre. — Mme Flaux, supérieure des religieuses de Saint-Thomas-de-Villeneuve à l'hospice général du Havre. — M. le Dr Fortin, médecin adjoint à la prison Bonne-Nouvelle à Rouen. — M. le Dr Frémont, médecin du service municipal spécial au Havre. — M. le Dr Frottier, médecin du service municipal spécial au Havre. — M. le Dr Gargam, chef de service à l'Hôtel-Dieu de Rouen. — M. Gattiker, pharmacien en chef du nouvel hôpital du Havre. — M. Gellé (Georges), interne provisoire à l'hôpital de la Pitié à Paris. — M. le Dr Genot (Edmond), médecin de l'Assistance publique pour la circonscription de Vézelise (Meurthe-et-Moselle). — M. le Dr Grajon (Paul), délégué sanitaire du ministre de l'intérieur dans le département de la Manche. — M. le Dr Gressin, médecin cantonal des épidémies à Montivilliers (Seine-Inférieure). — M. le Dr Gros (Joseph), médecin en chef de l'hôpital Saint Louis à Boulogne-sur-Mer. — M. le Dr Guerlain, médecin à Boulogne sur-Mer. — M. le Dr Guillemart (Jean-Baptiste), médecin à Port-Louis (Morbihan). — Mme Guillien (Louise), née Delune, surveillante à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. — M. le Dr Guilmin, médecin du service municipal spécial au Havre. — M. le Dr Herbart (Anatole), médecin du bureau de bienfaisance à Dunkerque. — M. Hobbs (Joseph-Lincoln), interne provisoire à l'Hôtel Dieu annexe à Paris. — M. le Dr Homery directeur, médecin en chef de l'asile des aliénés de Quimper. — M. le Dr Houzel, médecin à Boulogne sur-Mer. — M. le Dr Hurpin, médecin à Caule-Sainte-Beuve (Seine-Inférieure). — M. le Dr Iszenard, medecin adjoint de l'hôpital de Saint-Denis. — M. le Dr Jacquot (Joseph), médecin à Creil (Oise). — M. le Dr Jaugey, médecin à Ouville-la-Rivière (Seine-Inférieure). — M. Joly (Louis), directeur de l'hôpital Necker à Paris. — M. Josué (Otto), interne provisoire à l'hôpital Saint-Louis à Paris. — M. le Dr Jouet, médecin à Luneray (Seine-Inférieure). — M. le Dr Julhen, médecin du service municipal spécial au Havre. — Mme Jusselin (Marie), née Borderon, suppléante à l'hôpital Necker à Paris. — M. le Dr Karth (Adolphe-Hippolyte), médecin à Paris. — M. le Dr Laffitte (Adolphe), medecin inspecteur suppleant du service des épidémies à Paris. — M. le Dr Lalemant, médecin à Dieppe. — M. le Dr Lansiès, médecin du service municipal spécial au Havre. — M. le Dr Lassime (Paul), médecin à Port-Louis (Morbihan). — M. le Dr Launay, directeur du bureau municipal d'hygiène du Havre. — M. le Dr Laurent (Gérard) médecin à Sanvic (Seine-Inférieure). — M. le Dr Lecesne, médecin du service municipal spécial au Havre. — M. Leconte (Marie-Robert), interne à l'Hotel-Dieu de Rouen. — Mme de Lecoq, née Levebre, surveillante hospitaliere du nouvel hôpital au Havre. — M. Lefebvre (Eugene-Emile), interne à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Sur la furie opératoire (*fin*) (1).

4e Categorie : Le Progrès.

Voici les dernières interwiews ayant trait à cette question.

M. Paul Segond :

« Personne n'est plus que moi l'ennemi déclaré des excès de la chirurgie et j'estime qu'il n'y aura jamais de blâme assez sévère pour ceux qui ont l'ignorance ou la coupable audace d'en commettre. Mais avant de pousser trop haut des cris d'alarme et de se livrer à des digressions exclamatives sur le thème connu des mutilations irréparables, il faudrait s'entendre un peu sur le sens exact des mots. Encore une fois, si l'on veut stigmatiser ce que des personnalités sans instruction et sans scrupules peuvent faire des meilleures opérations, rien de plus légitime ; mais, pour juger l'état actuel de la chirurgie, je ne crois pas qu'on ait le droit de tenir compte de pareils facteurs. Ce qu'il faut, c'est limiter son enquête à la conduite des opérateurs instruits, expérimentés et consciencieux, et, dans ces conditions précises, j'estime qu'il est injuste et excessif de trop parler des excès de la chirurgie. D'autant que la campagne menée par le *Herald* n'a pas du tout la chirurgie générale comme point de départ. Tout le monde, en effet, gens du monde comme gens du métier, en admirent les progrès immenses et les conquêtes journalières. Le vrai cheval de

(1) *Progrès Médical*, nos 9 et 10.

bataille, c'est la gynécologie opératoire; c'est elle qui a le privilège d'exciter les plus véhémentes protestations, et, je le sais d'autant mieux, que, malgré le soin jaloux que je mets toujours à n'opérer que sur des indications formelles, je me suis plus d'une fois déjà senti effleurer par les horions en question. Car, laissez-moi vous le dire, si vous examinez de près la question, vous verrez que trop souvent l'ignorance des armes actuelles de la gynécologie opératoire et ce brin de jalousie que la médecine garde toujours pour la chirurgie, jouent leur rôle dans tout ce procès. Ceux-là même qui s'extasiaient au début devant les succès de la grande chirurgie pelvienne lèvent maintenant les bras au ciel dans un accès de vertueuse indignation, et conseillent aux malades de fuir le bistouri du chirurgien, voire même la curette du gynécologue le plus réservé. Et pourquoi? Parce qu'ils découvrent que l'expectation systématique des anciens maîtres a vécu, parce qu'ils constatent que les femmes qu'ils avaient coutume de traiter sans succès pendant des mois et des années guérissent maintenant en trois semaines et pour toujours. Aussi bien me paraîtrait-il assez juste pendant qu'on mène si grand tapage autour des excès chirurgicaux de nous permettre à notre tour quelques récriminations à propos des excès médicaux et du renouveau que d'aucuns voudraient donner à la thérapeutique d'expectation comme à ces attentes indéfinies au bout desquelles on vient nous réclamer, alors qu'il n'est plus possible de rien faire de bon.

« Ceci dit sur la campagne menée contre les excès de la chirurgie et décision bien prise de ne parler que des chirurgiens instruits et concencieux, il y aurait, sans doute, bien des points de détail à examiner et quelques opérations encore à l'étude dont on pourrait discuter. Telles sont, par exemple, pour ne parler que des deux plus récentes, les ovariotomies pour grandes névralgies pelviennes et l'hystérectomie vaginale, considérée comme rivale de la laparotomie, dans le traitement des suppurations pelviennes. Puisque vous m'interrogez sur ces deux points, je vous dirai que, pour mon compte, je suis par principe opposé aux ovariotomies faites sur la simple indication « douleur » et sans lésion organique. Je pourrais citer nombre d'exemples à l'appui de cette manière de voir.

« Ainsi j'ai vu récemment en consultation une jeune femme qui avait un kyste d'un côté et une salpingite de l'autre, avec, en même temps, do vives douleurs que ses médecins attribuaient soit à de l'ataxie, soit à de l'hystérie, ils ne savaient pas à laquelle des deux. Je dis que je ferais l'opération, mais seulement sur la lésion organique bien définie, et que je ne promettais rien du tout pour les douleurs. J'enlevai les lésions, mais les souffrances sont aussi vives qu'avant. Ceci montre bien que dans toutes ces questions, il faut qu'un chirurgien compétent soit sur un pied d'égalité avec un médecin compétent; le premier aura une tendance à être trop progressiste, le dernier, trop conservateur, et des deux résultera une bonne ligne de conduite moyenne. Même quand nous faisons une opération dans des cas qui auraient guéri avec un traitement plus anodin, est-ce donc un crime? Un « curettage » est-il une si terrible affaire que les malades aiment mieux supporter leur souffrance indéfiniment que de s'y soumettre ?

« Quant à l'hystérectomie, je n'ai pas à vous légitimer la supériorité que je lui accorde, ce serait nous éloigner beaucoup trop des limites de cette conversation que je désire terminer par cette simple considération. Rien de plus juste que de discuter encore et longtemps sur la valeur ou les indications des opérations que l'expérience n'a point encore consacrées, rien de plus légitime que d'insister encore et toujours sur la nécessité formelle, inéluctable de ne jamais opérer que sur des indications formelles, mais ce sont là des préceptes élémentaires pour tout homme consciencieux. Encore une fois, il serait vraiment déplorable d'interpréter assez mal ces préceptes fondamentaux pour y trouver des arguments capables d'entraver les progrès de la Chirurgie et de lier les bras aux chirurgiens probes, instruits et désireux do chercher toujours à faire mieux. »

M. Péan (1), l'opérateur français le plus habile (2):

« Je ne puis pas dire si mes collègues commettent ou non des excès en opérant, et cela pour la simple raison que j'ai trop d'autres choses à penser. Il est vrai que toutes sortes de racontars me viennent aux oreilles sur ce que tel ou tel chirurgien a pratiqué une certaine opération cent fois dans une année, et si je demande comment il se fait qu'il voit tant de cas d'une même maladie, tandis que je n'en vois que quelques-uns, dans une salle aussi grande, si ce n'est plus grande, on me dit qu'un grand nombre de patients n'avaient pas réellement besoin d'être opérés. Cependant, c'est au-dessous de notre dignité de faire attention à ces bavardages, et j'appelle cette sorte de chose : « faire du potin. » J'ai assez à faire avec le côté scientifique de la question, avec l'étude des faits et l'examen des indications et contre-indications. Bien entendu, ce n'est pas à moi de dire si, personnellement, je fais trop d'opérations : mes internes de l'hôpital et, pour ma clientèle particulière, les médecins qui m'appellent, sont là pour témoigner que je ne prends le scalpel que quand tous les autres moyens ont été essayés et que mes confrères, les médecins admettent leur impuissance et me disent : « C'est à votre tour maintenant. »

« Ah! ces confrères médecins! — En parlant des excès de nous autres chirurgiens, les médecins ont à répondre de beaucoup de choses, avec leurs traitements dilatoires, laissant des femmes souffrir pendant des années, quand elles pourraient être radicalement guéries par une opération. Et, dans des cas où l'opération est pratiquée et réussit, ils viennent dire, après que nous sommes partis : « Nous aurions pu le faire tout aussi bien à notre manière. » Est-ce que l'un d'eux n'est pas venu dire, dans le dernier Congrès de Gynécologie, qu'il considérait « un curettage » comme un crime? J'aurais compris s'il avait dit l'abus du curettage; mais non, il ne voulait pas entendre parler de l'opération du tout. Ceux qui n'opèrent que partiellement sont aussi grandement responsables. Enlever un ovaire et laisser une tumeur utérine pour être enlevée après par quelqu'un d'autre, quand on aurait aussi bien pu tout faire à la fois! Opérez bien ou pas du tout; et opérez quand, en quelques semaines, vous pouvez guérir une femme qui, autrement, souffrirait dix ans. Dix ans comptent dans la vie d'une personne. »

4e Catégorie : Accoucheurs.

M. le Pr A. Pinard :

« A propos de l'obstétrique, si on voulait faire de la critique, on pourrait dire qu'il y a eu quelques légers abus parmi les jeunes médecins, comme de hâter le travail par la méthode de Dührssen; mais, en prenant le sujet dans son ensemble, non : il n'y a pas eu d'excès dans les opérations en France, au contraire. Considérez seulement un moment ce qui a eu lieu parmi nous dernièrement. Il y a un an environ, j'introduisis la symphyséotomie dans la pratique de l'obstétrique à Paris, et, récemment, avec l'aide de notre excellent professeur d'anatomie, M. Farabeuf, je fis une opération absolument nouvelle, l'ilio-pubiotomie. Quel a été le résultat de ces opérations? Prenez ma salle d'hôpital à la Maternité; nous avons eu, pendant l'année, environ 1.850 cas d'accouchements. Dans le nombre, nous n'avons pas eu une seule embryotomie ou section césarienne. J'ai fait dix-sept symphyséotomies, une ilio-pubiotomie et un Porro, et je n'ai pas perdu une seule mère sur les dix-neuf cas, et les dix-neuf enfants sont nés vivants. Trois d'entre

(1) « M. Péan m'a reçu très cordialement, dit le reporter du *New York Herald*, et a été quelque peu réservé dans ses affirmations. Les lecteurs de ces colonnes savent probablement que cet éminent chirurgien est de beaucoup l'opérateur le plus habile de son temps en France, et quelques personnes disent dans le monde chirurgical tout entier. Par opérateur, on entend l'exécution de l'opération seulement, distinguée du diagnostic, du pronostic, etc. Sous ce rapport, il n'a pas de rivaux, et, en outre, il est probablement le chef des chirurgiens toujours prêts à opérer, de ceux qui sont portés à croire que, dans beaucoup de cas, une opération est la manière la plus prompte de sortir d'une difficulté. Pour ces raisons, son opinion était attendue avec intérêt. »

(2) Qualificatif du *New York Herald*.

eux moururent plus tard, c'est vrai ; mais, il y a un fait certain, c'est que, par des opérations, nous nous sommes débarrassés de ce qui était le cauchemar de tout accoucheur, l'embryotomie pratiquée sur un enfant vivant. Pensez-vous, après cela, que nous puissions être accusés de trop opérer? Mais cette nouvelle opération est une merveille. Pensez un peu ce qu'elle est. C'est la simplicité même ; n'importe qui peut la faire, sans autre instrument qu'un scalpel. Et cependant, pratiquement, elle supprime pour toujours l'application des forceps dans le col supérieur et les tractions forcées avec les dommages qu'elles causaient. Plus de sections césariennes, d'embryotomies, de broiements de la tête, etc. La production artificielle du travail disparaîtra presque. Cela sonne comme l'âge d'or. Pourquoi avons-nous été si longtemps à en venir à une chose aussi simple ? Eh bien, il fallait d'abord avoir des antiseptiques ; en second lieu, nous avions besoin d'un homme comme Farabeuf pour travailler la question scientifiquement et à fond, et pour nous dire ce qui pouvait se faire et ce que nous avions le droit d'espérer. Morisani, de Naples, avait fait beaucoup, c'est vrai ; mais son opération était à perfectionner, et c'est ce qui a été fait. Beaucoup de points restent à régler. On m'a demandé récemment si la symphyséotomie devait se faire quand le fœtus a succombé ? Certainement non, tant que le pelvis permet à la main de passer avec les instruments nécessaires. Mais, cependant, en dépit de ces lacunes, il faudra chercher ailleurs que dans l'obstétrique pour trouver des abus d'opérations. »

L'assainissement de Paris et de la Seine.

Le Conseil municipal a discuté récemment le rapport de M Arsène Lopin sur l'assainissement de Paris et du département de la Seine.

M. Odelin a déclaré à ce propos qu'il repousse les conclusions du préfet de la Seine. Selon lui, le projet présenté au Conseil par l'administration n'offre pas, au point de vue financier principalement, de garanties suffisantes. « La loi de vidange à l'égout, dit-il, et les ressources qui doivent fournir le gage de l'emprunt n'existent pas Et M. le préfet de la Seine conclut à un emprunt basé sur ces deux éléments. » Devant ces incertitudes, M. Odelin propose de renvoyer à l'administration le projet d'emprunt jusqu'au vote de la loi sur la vidange à l'égout. M. le préfet de la Seine a refusé les critiques de M. Odelin ; il fait un exposé très détaillé des conditions dans lesquelles se présente l'opération et déclare que l'administration accepte les conclusions du rapporteur et il a ajouté que l'administration n'attend que l'invitation du Conseil pour déposer un projet d'emprunt dans des conditions qui seront de nature à donner toute satisfaction au point de vue du gage.

M. Paul Strauss s'est joint à M. Odelin pour démontrer l'imprudence de l'entreprise dans laquelle s'engage le conseil en souscrivant aux propositions administratives. Il fait observer que les 1,500 hectares supplémentaires qu'on se propose d'acquérir seront insuffisants pour l'épandage de la totalité des eaux d'égout. C'est ainsi, dit-il, qu'en 1882, le volume de ces eaux était de 38 millions et qu'aujourd'hui il est de 145 millions. Que sera-t-il dans 10 ans, c'est-à-dire après la période pendant laquelle les travaux recevront leur exécution ?

Finalement, le Conseil a rejeté la proposition de M. Odelin et on en passe au vote à mains levées des conclusions du rapport de M. Arsène Lopin.

L'article 1er, invitant le préfet de la Seine à soumettre au Conseil municipal un projet d'emprunt de 116 millions basé sur les augmentations de recettes à provenir de l'application, par voie de mesure obligatoire, du système de la vidange à l'égout, est adopté. Ces 116 millions sont effectués comme suit : 30,800,000 francs pour travaux d'adduction et d'élévation des eaux d'égout. 35,200,000 francs pour construction d'égout, acquisition et aménagement de terrains destinés à l'épuration. 50 millions pour dérivation d'eaux, réservoirs, filtration des eaux, bouches d'incendie, etc.

L'article 2, stipulant que le projet de loi, en vue d'obtenir l'autorisation de contracter le nouvel emprunt, devra comprendre les dispositions votées par le Conseil pour l'écoulement obligatoire des matières de vidange à l'égout, moyennant le payement d'une taxe spéciale, est également adopté.

Les conclusions de M Lopin ont été adoptées par 60 voix contre 1 sur 61 votants.

Loi sur l'Assistance médicale.

L'Union des Syndicats médicaux de France avait adressé le vœu suivant au Sénat, lors de la discussion qui a eu lieu récemment :

L'Union des Syndicats médicaux de France, considérant que le projet de loi sur l'Assistance publique a pour but de faciliter le traitement des malades indigents, en assurant aux médecins chargés du service une indemnité à laquelle contribueront la commune, le département et l'Etat ; considérant que le législateur doit, par humanité et en même temps pour l'économie des deniers publics, désirer que soient inscrits sur la liste *tous les indigents, mais seulement les indigents* ; considérant que, dans chaque commune, le médecin est, de par sa situation, le mieux à même de donner des renseignements précis, et que son intérêt s'accorde parfaitement avec l'esprit de la loi, tous les indigents devant être inscrits, et non ceux qui peuvent rémunérer le médecin de ses soins ; considérant que la liste des indigents est dressée dans chaque commune par le bureau de l'Assistance ; considérant qu'on ne peut prétendre qu'il y ait opposition entre la situation de médecin des indigents et celle de membre du bureau d'Assistance, puisque les indigents auront, le plus souvent, le libre choix de leur médecin (1), et que l'examen des visites médicales est confié à une commission spéciale, indépendamment du bureau d'assistance ; considérant que les médecins sont unanimes à réclamer leur introduction dans les commissions d'Assistance *avec voix délibérative* ; considérant que, d'ailleurs, cette disposition existe, à la satisfaction de tous, dans plusieurs départements, et notamment dans la Loire-Inférieure, la Vienne, l'Indre-et-Loire, etc. ;

Emet le vœu que les amendements suivants au projet de loi sur l'Assistance publique soient votés par le Sénat :

Amendement à l'article 10 : « *Le médecin du service d'Assistance ou un délégué des médecins de ce service fait partie du bureau d'Assistance établi dans chaque commune.* »

Amendement à l'article 12 : « *Tous les médecins du service d'Assistance, le percepteur et un des répartiteurs désignés par le Préfet, assistent à la séance avec voix consultative.* »

Pour le bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France,

Le Secrétaire général, Dr HERVOUET. — *Le Président,* Dr L. PORSON.

L'Union d'Assistance du XVIe Arrondissement de Paris.

Dimanche 26 mars a eu lieu, dans la salle des mariages de la Mairie du XVIe Arrondissement, l'assemblée générale de l'Union d'Assistance. Cette Société a été créée au mois de mai 1891 en vue de combattre la mendicité professionnelle et de substituer, dans la mesure du possible, l'assistance par le travail aux secours en argent. Pour atteindre ce double but, elle a créé des tickets destinés à remplacer les dons en argent. Ces tickets nous en félicitons sincèrement M. le Dr Marmottan et M. de Crisenoy, organisateurs de l'œuvre, fonctionnent depuis plus d'un an et les associés qui s'en sont déjà servi sont unanimes à se féliciter des résultats qu'ils ont obtenus.

M. Léon SAY, empêché par un deuil récent, n'avait pu présider à la séance. M. Adolphe COCHERY, le sympathique sénateur du Loiret, a bien voulu remplacer son éminent collègue Dans l'assistance, assez nombreuse, on remarquait MM. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique de France, M. Baudouin des Salles, représentant l'Assistance publique de Paris ; Courtois, secrétaire perpétuel de la Société d'économie politique ; Puteaux, membre du Conseil de surveillance des Asiles de la Seine ; Cheysson, inspecteur général des Ponts et Chaussées ; Defert, maire du VIe Arrondissement ; Cochin, Davrillé des Essarts, Gaufrès, conseillers municipaux, etc., etc.

M. DE CRISENOY, secrétaire général, dans un remarquable rapport, expose ce qui a été fait dans l'année par cette Société. Les pauvres auxquels la Société donne des bons de travail sont reçus dans un ouvroir ouvert en juin 1892 et dirigé par Mme Roullon, rue Saint-Charles, à l'ouvroir Ferdinand Dreyfus ; à Belleville, dans l'atelier de fagots et de margotins du pasteur Robin ; avenue de Versailles, etc., etc. Le bon de secours est le point capital de l'œuvre. Les moyens les plus habituels d'information sont le Bureau de bienfaisance et les précieuses archives de M. Ma[illegible], directeur de l'œuvre du travail. Il rappelle que, dernièrement, le Conseil supérieur de l'Assistance venait d'autoriser les Bureaux de bienfaisance à distribuer des secours de travail et des secours d'argent. Ce qu'il faut, c'est un groupement entre l'Assistance publique et les Sociétés d'assistance privée. M. de Crisenoy cite de nombreux exemples qui montrent que cette œuvre d'assistance par le travail est excellente, puis il donne lecture du nombre des personnes inscrites (936), des personnes placées (231) et enfin de 196 secourues.

M. GROSSETESTE-THIERRY parle de l'œuvre du pasteur Robin, fondée en 1880, rue Fessard, où il héberge 50 habitants. Il se sert

(1) Système Vosgien (Libre choix du médecin et rémunération de celui-ci à la visite) préconisé dans les projets de loi déposés à la Chambre des Députés et au Sénat, et par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

du bon de travail, conserve ses hospitalisés 15 jours et leur permet chaque jour, pendant un certain temps, d'aller en ville pour y chercher du travail. L'Office central des œuvres charitables a construit, avenue de Versailles, un bâtiment où il reçoit des ouvriers sans travaux.

M. DEFERT expose le fonctionnement de son œuvre d'assistance par le travail dans le VIe Arrondissement. Nous y reviendrons plus tard.

Après d'intéressantes communications faites par M. BAUDOUIN DES SALLES, M. Paulian, qui a étudié la mendicité d'une façon spéciale en se faisant mendiant lui-même, Gaufrès, Mamoz, etc., la séance a été levée à 5 heures.

Nous ne saurions trop féliciter les dévoués organisateurs d'œuvres comme celles du XVIe et du VIe Arrondissements y compris celle qui existe dans le XVIIe Espérons que cette généreuse initiative se répandra dans tous les arrondissements et, en améliorant l'état actuel, rendra de signalés services aux vrais pauvres, les seuls dignes de pitié. A. ROUSSELET.

La distribution des secours à Paris.

Dans une récente réunion du Conseil supérieur de l'Assistance publique, un projet de décret, destiné à remplacer le décret du 12 août 1886, qui réglemente actuellement la distribution des secours dans Paris et étudié depuis 5 mois par les sections de ce Conseil supérieur, est venu devant l'assemblée générale sur le rapport de M. Fleury-Ravarin. Aux termes du décret élaboré dans ce rapport, les bureaux de secours qui fonctionnent dans chaque arrondissement de Paris prendront désormais le nom de bureau d'assistance. Les bureaux d'assistance seront subordonnés à l'autorité du directeur de l'Assistance publique. Quant à leur composition, une heureuse innovation adjoindra les quatre conseillers municipaux de l'arrondissement aux maires et adjoints. D'autre part, les femmes pourront devenir administrateur. Le nombre et le mode de recrutement des administrateurs sont aussi changés : il y aura désormais par arrondissement seize administrateurs à raison de quatre par quartier et ils devront tous résider dans le quartier qui forme leur circonscription. Au lieu d'être désignés par le préfet sur la proposition des maires — à vrai dire des bureaux eux-mêmes — ce qui leur permettrait de se perpétuer dans leurs fonctions — les administrateurs seront à l'avenir choisis sur la proposition d'une commission *ad hoc* et composée des maires et adjoints, des conseillers municipaux de l'arrondissement, de deux délégués du directeur et de deux habitants représentant la population. En outre, une délégation permanente siégera chaque matin dans les mairies pour statuer sur les cas urgents. En ce qui concerne les enquêtes à faire sur les indigents qui demandent à être secourus à domicile cette mission sera dévolue à des commissaires et à des dames patronnesses, et au besoin à des enquêteurs salariés. La distribution des secours en nature est complètement prohibée pour empêcher le trafic auquel ils donnent lieu quelquefois.

Enseignement professionnel de la mécanique orthopédique, prothétique et herniaire.

Siège: Mairie du IIe arrondissement, 8, rue de la Banque, à Paris.

Cours gratuits. (Année 1892-1893). *Programme et Sommaire.* — L'enseignement comprend quatre cours divisés chacun en deux périodes, dites de première et de deuxième année. 1er Cours: *Anatomie normale et pathologique.* 2e Cours: *Mécanique humaine.* 3e Cours : *Mécanique appliquée, technologie et cinématique.* 4e Cours: *Sidérurgie. Le fer, la fonte, l'acier.* Le cours d'anatomie par M. le Dr Beurnier, ex-chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, s'est terminé le dernier lundi de février 1893, pour la première période. Les cours de mécanique humaine, par M. le Dr Mora, s'est terminé le dernier mercredi de février 1893, pour la première période.

Sidérurgie. (Professeur : M. E. CHARRON). — 1re Leçon : Notions générales de chimie et de physique. — 2e Leçon : Étude chimique spéciale et succincte du fer, du carbone, du soufre, du phosphore, du silicium, du manganèse, de l'aluminium, du chrome et du tungstène. — 3e Leçon : Notions générales de métallurgie, application au fer, à la fonte et à l'acier. — 4e Leçon : Alliages du fer, composition des fers, fontes et acier ; leur analyse chimique. — 5e Leçon : Propriétés et caractères spéciaux du fer, de la fonte et de l'acier. Densité, cassure, cristallisation. — 6e Leçon : Emploi à froid des fers et aciers. Malléabilité, ductilité, dureté. La trempe. Emploi à chaud, Dilatation, conductibilité, fusibilité, malléabilité. Propriétés magnétiques et électriques. — 7e Leçon : Métallurgie du fer. Minerais. *Méthode directe* : Forge catalane. *Méthode indirecte* : Haut-fourneau, fonte, procédé Comtois ; puddlage. — 8e Leçon : Fabrication de l'acier. Décarburation de la fonte ; fonte malléable. Carburation du fer ; cémentation. *Fabrication directe* : Forge catalane. Affinage de la fonte ; procédé Comtois ; puddlage. — 9e Leçon : Acier fondu au creuset. Aciers spéciaux au chrome, au manganèse, au nickel, au tungstène. — 10e Leçon : Acier BESSEMER. Convertisseur acide. Principe et marche de l'opération. Produits obtenus. Convertisseur THOMAS ou basique. Principe et marche de l'opération. Produits obtenus. — 11e Leçon : Four MARTIN acide. Appareils et matières employés. Marche de l'opération, marche aux riblons. Marche au minerai. Produits obtenus. — 12e Leçon : Four MARTIN basique. Appareils et matières employés. Marche de l'opération. Produits obtenus. Four MARTIN neutre. Propriétés spéciales des divers aciers. Essai et emploi de ces produits.

Le programme du cours de mécanique appliquée, technologie et cinématique, sera publié très prochainement. Ces cours ont lieu lundi et mercredi soir, à huit heures et demie, à la mairie du deuxième arrondissement. Le cours de mécanique appliquée, technologie et cinématique, a commencé le mercredi 1er mars, pour prendre fin le mercredi 31 mai. Le cours de sidérurgie commencera le lundi 6 mars, pour prendre fin le lundi 29 mai. S'adresser au président, M. Georges Wickham, à la mairie du deuxième arrondissement, pour obtenir une carte d'admission.

La répartition des fonds du pari mutuel.

La commission de répartition des fonds du pari mutuel s'est réunie ces temps derniers au Ministère de l'Agriculture, sous la présidence de M. le Dr Viger. 1,647,400 fr. ont été répartis entre un certain nombre d'œuvres de bienfaisance, dont 245,000 francs pour Paris et 1,402,400 francs pour les départements. Nous citerons notamment, en ce qui concerne Paris : 50,000 francs accordés au dispensaire gratuit de la rue Oudinot (construction d'un sanatorium pour les enfants convalescents); 20,000 francs à l'Académie de médecine pour la propagation de la revaccination ; 5,000 francs à la maison maternelle du n° 41 de la rue Fessart ; 20,000 francs à la maison hospitalière du n° 36 de la même rue ; 40,000 francs à la crèche et au dispensaire laïques du quartier de la Maison-Blanche, 69 et 71, boulevard d'Italie ; 130,000 francs à l'œuvre des enfants tuberculeux (création d'un hôpital d'isolement à Villiers-sur-Marne).

Nous relevons, parmi les subventions aux œuvres de bienfaisance des départements : 500,000 francs accordés à la ville de Belfort pour la construction d'un hôpital ; 240,000 francs à la ville de Florac (Lozère), pour la création d'un hôpital-hospice ; 180,000 francs à la ville de Bergerac pour l'achèvement de l'hôpital civil et militaire ; 150,000 francs à la ville de Bar-le-Duc pour la création d'un hospice de vieillards ; 80,000 francs au département de Seine-et-Marne pour la création d'un asile de vieillards et d'incurables ; 40,000 francs pour la création d'un hospice de vieillards et d'infirmes à Bruyères (Vosges); 15,000 francs à l'hospice de Melun ; 40,000 francs à l'orphelinat du Caire ; 50,000 francs pour dépenses de l'épidémie cholériforme (crédit provisionnel ouvert au Ministère de l'intérieur); 15,000 francs aux hospices de Montpellier.

Désinfection des outils de boucher.

Le Conseil de salubrité de la Seine a été saisi de la question de savoir si les outils de boucher servant à débiter les viandes dans les abattoirs doivent être stérilisés de façon à empêcher l'altération de la viande. M. le Dr Nocard a présenté un rapport concluant à l'impossibilité de réaliser cette mesure, qui, d'ailleurs, ne lui paraît pas nécessaire. « Il faudrait, a-t-il dit, non seulement stériliser les outils proprement dits des bouchers : couteaux, scies, etc., mais tout le matériel : treuil, chevilles, balances, merlins, maillets, fondoirs, tout le linge servant au transport de la viande, les seaux, les paniers, et même les voitures. Or, il suffit d'avoir passé quelques heures à l'abattoir de la Villette pour savoir avec quel soin méticuleux, avec quel art et quelle habileté le boucher évite de souiller la viande qu'il est chargé de préparer. Il ne touche aux quartiers qu'après s'être soigneusement lavé les mains, il recouvre les parties exposées aux souillures avec des linges humides absolument propres. C'est son intérêt, d'ailleurs, la parure de la viande augmentant son prix marchand. » On se bornera donc à tenir la main à ce que l'ordonnance de police du 20 août 1879 sur la police des abattoirs soit strictement observée.

Congrès français de Chirurgie.

Le Congrès français de Chirurgie tiendra sa 7e session dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, du 3 au 8 avril prochain.

Questions mises à l'ordre du jour : 1° Les tumeurs fibreuses de l'utérus : — 2° Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied.

Congrès français de Chirurgie (1893).

I. — Tableau d'ensemble des Visites dans les Hôpitaux de Paris.

SERVICES DE CHIRURGIE générale et spéciale.		OPÉRATIONS QUI Y SERONT PRATIQUÉES, SI POSSIBLE, DANS LA MATINÉE		
HOPITAUX	CHIRURGIENS	MARDI 4 AVRIL 1893	JEUDI 6 AVRIL 1893	SAMEDI 8 AVRIL 1893
Bichat.	M. Terrier. . .	9 h. Opérations abdominales et opération sur les voies biliaires, si possible.	»	9 h. Opérations abdominales ou opération sur les voies biliaires si possible.
Charité	M. Duplay . .	Opérations diverses.	Opérations diverses.	Opérations diverses.
Cochin	M. Schwartz .	»	Visite du nouveau service.	»
Hôtel-Dieu. . .	M. Polaillon .	»	Opérations diverses.	»
Lariboisière. .	M. Berger. . .	»	9. Si possible, autoplastie par la méthode italienne ou cure radicale de hernie par méthode de Bassini modifiée.	»
	M. Peyrot. . .	9 h. Hystérectomies abdominale et vaginale pour corps fibreux et pour suppurations pelviennes.	»	9 h. Hystérectomies abdominales et vaginales pour corps fibreux et pour suppurations pelviennes.
	M. Delens. . .	Opérations ophtalmologiques.	»	«
Necker	M. Le Dentu .	9 h. Visite des nouvelles installations du service.	»	»
Pitié.	M. Reclus. . .	9 h. 1/2. Opérations de tous genres pratiquées sous l'anesthésie cocaïnique.	»	«
Saint-Antoine.	M. Monod. . .	10 h. Opérations de chirurgie générale.	10 h. Laparotomies.	10 h. Opérations de chirurgie générale.
Saint-Louis. .	M. Richelot . .	»	9 h. Laparotomies ou hystérectomies vaginales.	9 h. Laparotomies et hystérectomies vaginales.
	M. Luc.-Championnière . .	Opérations abdominales.	»	Opérations diverses.
Salpêtrière. Femmes. .	M. Terrillon. .	9 h. Opérations abdominales.	9 h. Opérations abdominales.	9 h Opérations abdominales.
Maison de Santé	M. Segond. . .	»	»	10 h. Hystérectomies vaginales.
Tenon.	M. Reynier . .	9 h. 1/2. Hystérectomies ou laparotomies.	9 h. 1/2. Hystérectomies ou laparotomies.	»
	M. Félizet. . .	Effets du flambage sur les ostéo-arthrites graves des membres.	Effets du flambage sur les ostéo-arthrites graves des membres.	Effets du flambage sur les ostéo-arthrites graves des membres.
Enfants-Assistés.	M. Kirmisson	»	10 h. 1° Inauguration du nouveau Pavillon annexe à la consultation orthopédique des Enfants assistés. 2° La Luxation congénitale de la hanche et l'opération d'Hoffa.	»
Trousseau . .	M. Lannelongue	»	Présentation d'un grand nombre de malades traités par la méthode sclérogène depuis 2 ans (malades anciens).	»
Lourcine-Pascal	M. Pozzi. . . .	9 h. 1/2. Opérations gynécologiques diverses et laparotomies.	9 h. 1/2. Opérations gynécologiques diverses et laparotomies.	9 h. 1/2. Opérations gynécologiques diverses et laparotomies.
Mais. et Ecole d'Accouchem.	M. Gueniot . .	»	»	10 h. Opération césarienne, symphyséotomie ou élytrotomie.
Clinique d'Accouchements.	M. Pinard. . .	Visite du service.	»	»
Charité	M. Budin . . .	Visite du service.	»	»

II. — Tableau des principales excursions et visites dans les Etablissements scientifiques.

JOURS		ÉTABLISSEMENTS	BUT DE LA VISITE
Mercredi 5 avril.	matin 9 h. 1/2.	Hôpital International.	Opérations abdominales.
	soir 1 h.	Musée Guimet.	Histoire des religions (Visites sous la direction de M. Guimet).
Jeudi 6 avril.	matin 9 h.	Dispensaire Furtado-Heine.	Chirurgie. Orthopédie.
	soir.	Institut Pasteur.	Visite de l'Institut.
Samedi 8 avril.	matin 9 h. 1/2.	Hôpital International.	Opérations de chirurgie générale.
Dimanche 9 avril	matin 10 h.	Dispensaire Péreire.	Visite du Dispensaire.

FORMULES

XX. — Savon lysolé.

Lysol.	10 0/0
Savon	90 0/0

On en prépare du savon neutre et surgras. — Pour désinfection, contre le prurit généralisé et local et les affections cutanées parasitaires.

XXI. — Savon salicylo-sulfuré en poudre.

Acide salicylique.	} ãã 5 0/0
Soufre dépuré.	}
Savon en poudre.	90 0/0

Savon neutre et surgras. — Contre l'eczéma chronique, le psoriasis, l'eczéma parasitaire, toutes les dermatoses parasitaires, acné vulgaire, acne rosacée, séborrhée du cuir chevelu (*Nouveaux remèdes*, p. 25).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 19 mars 1893 au samedi 25 mars 1893, les naissances ont été au nombre de 1142 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 406; illégitimes, 165, Total, 571 — *Sexe féminin :* légitimes, 419 ; illégitimes, 152. Total, 571.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 mars 1893 au samedi 25 mars 1893, les décès ont été au nombre de 1174 savoir : 628 hommes et 546 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 4, T. 9. — Variole : M 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 5, F. 7, T. 12 — Scarlatine : M. 0, F. 2, T 2. — Coqueluche : M. 9, F. 10, T. 19 — Diphtérie, Croup : M. 23, F. 18, T. 41. — Affections cholériformes : M. 1 F. 0, T. 1. — Phtisie pulmonaire M. 141, F. 80, T. 221. — Méningites tuberculoses : M. 12, F. 10. T. 22. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 10. T. 17 — Tumeurs benignes : M. 1, F. 5, T. 6 — Tumeurs malignes : M. 21, F. 29, T. 50. — Méningite simple ; M. 13, F. 15, T. 28 — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 24, T. 48. — Paralysie, M. 2, F. 2, T. 4 — Ramollissement cérébral : M. 2 F. 8, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 57, F. 37, T. 94. — Bronchite aiguë : M. 26 F. 17, T. 43 — Bronchite chronique. M. 26 F. 22 T. 48. — Broncho-Pneumonie : M. 27, F. 23, T. 50, — Pneumonie : M 31. F. 31, T. 62 — Autres affections de l'appareil respiratoire ; M. 25, F. 26, T. 51. — Gastro-entérite, biberon M. 12 F. 14, T. 26 — Gastro-enterite, sein M 9, F. 4, T. 13 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1. F. 1, T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3 T. 3 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Débilité congénitale : M. 19, F. 22 T. 41 — Sénilité : M. 15, F. 31, T 46 — Suicides : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres morts violentes M. 11. F. 2, T. 13 — Autres causes de mort : M. 85, F. 80, T. 165 — Causes restées inconnues : M. 6, F. 5 T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 98, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 14. Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 33, illégitimes, 21. Total : 54.

Amphithéatre d'anatomie. — *Programme des cours de la saison d'été* (année 1893). — 1° Cours de médecine opératoire. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de Médecine opératoire commenceront le lundi 10 avril 1893. — 2° Conférences d'histologie. Des conférences d'histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr Lesage, chef du Laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — Nota. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 27 mars.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — M. de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, pour trois ans, à partir du 21 mars 1893, doyen de la dite Faculté.

Hôpital des phtisiques. — Les hôpitaux de Paris s'encombrent, paraît-il, de plus en plus de phtisiques. Il y a eu, l'an dernier, 1,960 phtisiques à l'hopital Saint-Antoine, 1,056 à la Charité, 574 à Beaujon, sur lesquels il est mort 896 malades, dont le total des journées figure pour le chiffre de 101,967 et la dépense pour 310,752 francs. Dans ces conditions, la Société de médecine et d'hygiène professionnelle de Paris vient d'émettre le vœu qu'un hôpital spécial soit affecté au traitement de cette maladie qui contamine les convalescents et les malades ordinaires des autres hôpitaux.

La revaccination dans les écoles. — L'Académie de médecine de Paris, sur la proposition de M. Hervieu, vient d'adresser à M. le Ministre de l'instruction publique un rapport demandant, à titre d'encouragement dans les écoles, la création de trois cents médailles qui seraient accordées aux instituteurs et institutrices qui contribueront le plus activement chaque année, dans leurs écoles, à la revaccination des enfants âgés de plus de dix ans. Ce rapport a été soumis au conseil supérieur de l'instruction publique qui serait disposé à en prendre en considération les conclusions et à tenir compte, dans la suite, pour les récompenses universitaires, de l'obtention de ces médailles.

Hôpital européen du Caire. — Le *Bosphore égyptien* annonce que le khédive a fait don d'une somme de 10,000 francs à l'hôpital européen du Caire.

Société française d'ophtalmologie. — *Congrès de* 1893. — La session annuelle de la Société française d'ophtalmologie s'ouvrira, à Paris, le 1er mai prochain. Voici le sujet des questions qui seront l'objet de rapports : 1° *De l'asepsie et de l'antisepsie dans les opérations pratiquées sur les yeux.* Rapporteur, M. Nuel (de Liège). — 2° *Traitement du strabisme.* Rapporteur, M. Parinaud (de Paris).

L'Œuvre de l'hospitalité de nuit. — L'assemblée générale annuelle de l'Œuvre de l'Hospitalité de nuit a eu lieu hier, à trois heures, au siège social, 59, rue de Tocqueville, sous la présidence de M. Georges Picot, membre de l'Institut. M le baron de Livois, secrétaire général, a pris le premier la parole et a donné lecture du rapport sur les travaux de l'Œuvre pendant l'année 1892. Il résulte de ce rapport qu'en 1892, le nombre des hospitalisés, hommes et femmes, s'est élevé à 111.743. Dix-sept mille sept cents vêtements leur ont été distribués. Depuis sa fondation, en 1878, l'œuvre n'a pas hospitalisé moins de 872.633 personnes. Les 111.743 personnes hospitalisées en 1892 se répartissent en 100.222 Français (24.522 Parisiens, 75.700 provinciaux), 154 Algériens, 4.112 Alsaciens-Lorrains, 683 Allemands, 67 Américains, 90 Anglais, 6 Australiens, 297 Autrichiens, 3.131 Belges, 9 Brésiliens, 1 Chilien, 16 Danois, 23 Egyptiens, 112 Espagnols, 24 Grecs, 321 Néerlandais, 100 Hongrois, 4 originaires des Indes anglaises, 701 Italiens, 6 Norvégiens, 67 Polonais, 10 Portugais, 53 Roumains, 192 Russes, 5 Sénégalais, 42 Suédois, 1.295 Suisses, 27 Turcs. M. Viallet, trésorier, a fait ensuite un exposé de la situation financière, d'où il résulte que les recettes de l'Association se sont élevées, pendant l'année 1892, grâce à la générosité de ses adhérents et de ses amis, à la somme de 224.474 fr. 50 cent., non compris de nombreux effets, linge, vêtements, chaussures, subsistances, etc. La séance s'est terminée par une éloquente allocution de M. Georges Picot.

Albin R.

Hopitaux. — *Alimentation.* — M. Dubois s'est plaint au Conseil municipal du *gaspillage des aliments dans certains hospices.* Il a cité des faits qu'ont appuyés d'autres exemples après lui MM. Patenne, Faillet et Georges Berry. Les critiques de ces derniers ont porté principalement sur la qualité de la nourriture donnée aux malades et sur la réorganisation des services d'alimentation dans les établissements hospitaliers. Mais M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a répondu en montrant que des progrès sérieux avaient été accomplis dans les hôpitaux au point de vue alimentaire ; que les accusations formulées d'une façon générale par M. Dubois, étaient absolument inexactes (ce que nous savons par notre expérience quotidienne) et que, aujourd'hui, les abus, exceptionnels d'ailleurs, étaient sévèrement réprimés. Finalement, le Conseil a adopté l'ordre du jour de M. Dubois invitant l'administration à exercer une surveillance et un contrôle rigoureux sur la quantité des substances destinées aux hôpitaux et hospices, sur leur qualité, sur leur préparation et sur leur mode de distribution. — Un second ordre du jour de M. Faillet, demandant la réorganisation des services d'approvisionnement et du personnel des cuisines, a été également adopté.

Service de santé militaire. — *Les médecins militaires.* — Un de nos abonnés nous écrit la lettre suivante : « Tous les jeunes gens de la classe 1889, dont je suis, dispensés en vertu de l'art. 23 de la loi, militaire doivent cette année faire 28 jours. J'ai passé mon examen de *médecin auxiliaire* avec succès ; or on m'appelle comme *simple infirmier de section !* » Cette lettre ne nous étonne guère et nous renvoyons notre correspondant au rapport que nous avons soumis à M. le Ministre de la guerre, au nom de l'Association de la Presse médicale. Qu'il prenne patience ! On

a promis de nous défendre, tout comme de simples élèves civils de l'Ecole des Mines ou des Ponts et Chaussées, voire même de l'Ecole Coloniale. Nous devons être très flattés et nous déclarer satisfaits, en attendant mieux! On avouera pourtant qu'il est grand temps d'aboutir. M. B.

Médecins pour la protection des enfants du premier age. — Le Conseil général de la Seine a, dans sa séance du 29 mars, assimilé aux médecins titulaires de la protection des enfants du premier âge les médecins adjoints qui, jusqu'à ce jour, étaient chargés d'un service analogue à ceux des titulaires.

Nominations. — M. le Dr Ledé est nommé médecin titulaire de la protection des enfants du premier âge. — Par arrêté en date du 20 mars, M. le Dr de Crésantignes est nommé médecin du ministère de l'agriculture.

A la Noce! — On célébrait avant-hier, à l'église Saint-Germain-des-Prés, le mariage de Mlle Madeleine Desprès, la fille du député chirurgien, avec M. Léon Briens, sous-préfet de Dreux, fils du député de la Manche. A la sortie, une discussion très vive s'éleva entre deux invités : M. Colin, adjoint au maire du sixième arrondissement, et M. Bouchot, avocat. Cette discussion dégénéra bientôt en un vrai pugilat, et les adversaires s'administrèrent force coups de poings et coups de cannes. L'on a fini par séparer les combattants, au grand désespoir des curieux, qui s'amusaient fort de l'incident. On ignore les motifs de cette querelle. (*Radical*, 26 mars).

La maladie des perruches et son microbe. — Nous avons annoncé que des perruches infectieuses avaient causé le décès de quatre personnes. Jusqu'ici la cause de la maladie donnée par ces volatiles avait échappé à toutes les recherches. A la suite des investigations auxquelles il s'est livré à ce sujet, M. Nocard, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, vient de découvrir dans la moelle de ces animaux un microbe qu'il considère comme ayant donné l'affection à laquelle ont succombé les quatre personnes dont nous avons parlé. M. Nocard a fait à la dernière séance du Conseil d'hygiène une communication à ce sujet.

Les malades riches dans les hopitaux. — Comme conclusion à une question de M. Lyon-Alemand, posée au Conseil municipal, sur le traitement dans les hôpitaux des malades riches payant la rétribution ordinaire de 3 fr. 80 par jour, le Conseil a invité l'Administration à prendre des mesures énergiques pour empêcher que les personnes aisées se fassent opérer gratuitement dans les hôpitaux et à étudier un prix spécial de journée pour ces personnes.

Epilogue du match Terront-Corre. — M. Charles Terront, pour répondre aux sarcasmes de ces profanes qui vont disant que le vélocipède est hostile aux œuvres de l'amour, a témoigné à Mme Terront sa reconnaissance des bons et loyaux services qu'elle lui a rendus. C'est la *Revue des Sports* qui l'assure avec le plus grand sérieux! « Il a remporté, dit-elle, une nouvelle victoire plus douce que celle du jour fameux ! » (*Année méd. de Caen*).

Noms de médecins donnés a des rues de Paris. — Le Conseil municipal de Paris, ayant à s'occuper de la dénomination de certaines rues, a donné le nom de « rue Charles Robin » à une rue voisine de l'hôpital Saint-Louis, les noms de Vulpian et Wurtz à deux rues situées derrière la Pitié. (*Gaz. des Hôp.*)

Vitesse de croissance des ongles. — M. James Jackson a eu l'ingénieuse idée de calculer la vitesse par seconde des mouvements les plus divers. Le chiffre le plus faible cité par M. Jackson est celui relatif à la *croissance des ongles* : la vitesse de croissance est de 0 m. 000,000,002 par seconde, c'est-à-dire deux millioniémes de millimètre, mille fois plus faible que celle du bambou, qui croit, par seconde de 0 m. 000,002,7, tandis que le colimaçon se déplace avec une vitesse de 0 m. 0015.

Un nouveau jeuneur. — Le 24 janvier, Alexandre-Jacques, le jeûneur professionnel, a atteint son 50e jour de jeune, qui excéda de 5 jours les plus longs jeûnes accomplis antérieurement. Pendant ces 50 jours il a perdu 32 livres 1/4. Il pesait au début 144 livres 1/2 et à la fin 112 livres 1/4, pendant les dernières 24 heures, il perdit 2 livres 1/4. Un fait curieux mentionné, c'est qu'il a grandi de 1 pouce 1/4, et que chaque fois qu'il jeune sa taille augmente plus ou moins ; et cet accroissement disparait aussitot qu'il remange. Pendant ses 50 jours de jeune, il a absorbé 88 kil. 749 grammes d'eau ordinaire de Craton, 11 kil 720 gr. d'eau de Vichy, et 2 kil. 820 d'eau ferrugineuse faite avec des clous rouillés. Il fumait aussi beaucoup de cigarettes camphrées et prit 107 paquets d'une poudre secrète qui, disait-il, remplaçait la nourriture. Pendant les 3 derniers jours, il était enfievré et agité avec insomnie, et son état général était mauvais. (*Boston med. and Surg. Journ.*, 1893, p. 125).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Gustave Barré, adjoint au maire du VIe arrondissement, à Paris. — M. le Dr J.-B. Morlot, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Dijon. — M. le Dr Anderlédy (de Monthey). — M. le Dr James Anderson, lecteur de pathologie à London Hospital Medical College. — M. le Dr William-B. Davis, ancien professeur de matière médicale au Miami Medical College de Cincinnati. — M. le Dr William-W. Dawson, ancien professeur de chirurgie au Medical College of Ohio de Cincinnati. — M. le Dr G. Herbst, professeur extraordinaire de physiologie à la Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le Dr A. Boicescu, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Bukharest. — M. le Dr J.-Davies Thomas, lecteur-adjoint de médecine à l'Université d'Adélaide. — Dans un petit village de la Carinthie, à Enmœrsdorf, vient de s'éteindre un des derniers survivants du mouvement de 1848, M. le Dr Adolphe Fischof. Il venait d'obtenir le grade de docteur quand la population de Vienne se souleva, le 13 mars 1848, contre le système du prince de Metternich. Fischof se lança à corps perdu dans le mouvement. L'ardeur de ses convictions, la chaleur de son éloquence en firent un des chefs de la Révolution et une des idoles de la jeunesse universitaire. Il prit une part active à tous les événements de mars à novembre 1848, et il échappa avec peine à la répression qui suivit la prise de Vienne. Il se consacra à l'exercice de son art jusqu'à la résurrection constitutionnelle de 1861. A partir de cette date ; Fischof fit de grands efforts pour aboutir à une conciliation des nationalités sur le terrain commun des idées démocratiques. Mais ses efforts restèrent stériles et ses amis politiques, tout en professant la plus grande estime pour ses idées, l'abandonnèrent. Se sentant isolé, il quitta Vienne pour se retirer dans les montagnes de la Carinthie, où il vécut pendant plus de dix ans, dans les conditions les plus modestes et toujours fidèle à l'idéal de sa jeunesse. Il y a trois ans, il eut cependant cette satisfaction de voir adopter les idées qu'il avait défendues dans de nombreuses brochures, car c'est lui qui conseilla le premier le compromis adopté par les délégués des Allemands et des Tchèques, convoqués à Vienne sur l'initiative de l'empereur. Fischof avait atteint l'âge de soixante-dix-sept ans. C'est une perte qui sera vivement ressentie par tous ceux qui comprennent les enthousiasmes de ce genre, la valeur cérébrale de tels hommes, qu'ils naissent en Autriche ou en France !

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 14. — BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. — 8 AVRIL 1893.

Le Progrès Médical

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Semaine des Congrès.

Décidément la semaine de Pâques devient la semaine des Congrès. Comme nos lecteurs pourront s'en assurer en parcourant les comptes rendus que nous publions plus loin, quatre Congrès ont tenu leurs assises pendant les derniers jours de cette semaine. Les Chirurgiens ont ouvert le feu ; les Accoucheurs, qui les suivent de près en bien des circonstances, sont venus à la rescousse, en même temps que des médecins de Paris et de province s'assemblaient à la Sorbonne dans une section spéciale du Congrès des Sociétés Savantes ; enfin, les Syphiligraphes et les Dermatologistes ont clos la série par des séances très riches en communications importantes.

Puisqu'ainsi vont les choses, puisque tout le monde reconnaît les avantages des réunions à Paris à cette époque de l'année, où la capitale peut encore faire montre aux voyageurs de ses attraits les plus délicats et les plus variés, pourquoi nos confrères, Ophtalmologistes et Laryngologistes, n'avanceraient-ils pas la date de leurs réunions ? De la sorte, tous les Congrès siégeant à Paris et réservés aux médecins spécialisés, auraient lieu en même temps, au plus grand bénéfice de tous, parisiens, provinciaux et étrangers ; et les raisons qu'on donne, pour en rester aux anciennes habitudes, ne nous semblent pas dignes d'être mises en comparaison avec les indiscutables avantages que présentent, au point de vue confraternel, de multiples assemblées fonctionnant pendant la même semaine.

Dans ces conditions, les grandes vacances seraient réservées aux Congrès médicaux internationaux, aux Congrès non spécialisés, aux Associations diverses, telles que l'Association française pour l'avancement des sciences, aux réunions qui se font dans une autre ville que Paris.

Encore un mot sur ce sujet tout d'actualité.

Ne vous semble-t-il pas, au milieu de tous ces Congrès, qu'il en manque un et non des moins importants : le Congrès français de Médecine !

Mais la *Société médicale des Hôpitaux*, qui seule peut mener à bien une telle entreprise, n'a pas encore osé prendre en main l'organisation d'un groupement de ce genre, d'un Congrès qui pourrait siéger à Paris à la même date que l'Assemblée générale des Médecins de France. Répétons franchement qu'elle a douté à tort de ses forces et de son influence. Que nos amis fassent comme nous, ne ménagent ni leur parole ni leur plume, et la bonne cause finira bien un jour par triompher, là comme en tant d'autres occasions ! — M. B.

Cet article était imprimé quand j'ai eu connaissance du Premier-Paris du numéro du 6 avril de la *Gazette des Hôpitaux* C'est avec un réel étonnement que j'ai parcouru cette brillante chronique. Que de talent mis au service d'une cause qui me paraît mauvaise ! Je ne puis en tous cas ne pas faire suivre de quelques remarques cette appréciation du Congrès de Chirurgie.

L'auteur est d'avis que le nombre des congressistes et des membres présents aux séances tend à diminuer chaque année. Je ne peux y croire. Je suis, on le sait, de ceux qui pensent que la lampe qui éclaire ces solennelles assises, pour être en majeure partie et à bon droit de fabrication provinciale, n'en jette pas moins de lumineux et vivifiants éclairs. La remarque de notre aimable confrère serait-elle un signe des temps...? Je n'insiste pas et préfère à nouveau remercier encore nos hôtes étrangers des marques de sympathie qu'ils donnent à la chirurgie française.

« Ce ne sont pas là, ajoute la *Gazette des Hôpitaux*, les véritables assises de la Chirurgie française ! » Que cette phrase me semble malheureuse ! Mais quels sont donc ces hommes qui n'ont pas répondu à l'appel du bureau ? Trois professeurs de clinique chirurgicale et voilà tout ! Etait-ce bien la peine de souligner le fait ? Nous pourrions, quant à nous, justifier facilement, documents en mains, l'absence de l'un d'eux, maître célèbre et respecté de tous, ancien président du Congrès. Des deux autres, l'un ne veut, par définition, entendre parler d'assemblées analogues ; l'autre pense (voir les interwiews du *New York Herald*) qu'il ne saurait y avoir de chirurgiens en dehors de Paris ! Dès lors, que ces professeurs émérites, aux vues si larges, viendraient-ils faire dans notre frêle galère ! Nous ne tenons pas à sombrer.

Mon confrère n'a vu que dix chirurgiens des hôpitaux de Paris dans la salle des séances. Je suis obligé de dire que j'en ai compté un peu plus ; et ils ne boudaient pas ! Mon très distingué collègue trouve qu'à l'Académie s'épanouissent désormais les plus beaux fleurons de l'art chirurgical moderne ; je m'empresse de lui laisser la responsabilité d'une pareille assertion. Pour terminer, j'ajoute que je crois, en dépit de remarques sans cesse renouvelées, au succès des Congrès annuels ; mais en ce qui concerne la date des réunions (octobre ou avril), je reconnais que c'est une question à examiner. Que Messieurs les Parisiens viennent en nombre à l'assemblée générale, au lieu de clabauder aux portes, votent suivant leurs intimes pensées. La province, qui préfère Pâques, s'inclinera, si elle est battue, devant la majorité, qui n'a pas besoin d'être écrasante. En tout cas elle se gardera bien de faire la moue. — Marcel BAUDOUIN.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES (149, rue de Sèvres). — *Chirurgie infantile. Orthopédie.* — M. le Dr de SAINT-GERMAIN, le jeudi, à 9 heures. — Depuis le 1er février, M. MARFAN, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies de l'enfance, fait des leçons à l'hôpital des Enfants-Malades, à quatre heures de l'après-midi, les mardis et samedis.

Le Congrès français de Chirurgie à Paris.

Septième Session (3-8 avril 1893).

La septième session du *Congrès français de Chirurgie* s'est ouverte comme d'ordinaire à Paris le lundi de Pâques 3 avril. L'année dernière, avant la séance générale qui avait eu lieu, comme lors des sessions précédentes, à 2 h. 1/4 de l'après-midi, avait été tenue une séance réservée à des communications diverses ; il en a été de même cette fois-ci. Lundi dernier, au matin, à 9 heures, séance où l'on a sérieusement travaillé ; le soir, à 2 h. 1/4, ouverture solennelle, en présence des autorités, de la septième session.

C'est, comme toujours, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine que s'est faite l'inauguration et que se sont tenues les assises du Congrès. Même décoration, plus simple il est vrai que les années passées, de la vaste salle où tant de luttes oratoires ont été soutenues ; mais les fleurs les plus colorées de la plus brillante rhétorique ont contribué à embaumer l'air de notre bel amphithéâtre. Là, sur les gradins les plus élevés, se pressait un grand nombre de médecins, d'internes des hôpitaux et d'étudiants de Paris ; sur les bancs les plus inférieurs, réservés aux membres du Congrès, nous avons remarqué beaucoup de chirurgiens des hôpitaux, la plupart des professeurs de clinique chirurgicale des Ecoles et Facultés de médecine et de nombreux chirurgiens de province. Sur l'estrade, à jamais dépourvue du vert feuillage des premières réunions, aux côtés du Président, M. le Pr LANNELONGUE, étaient assis : M. le Pr Tillaux, vice-président du Congrès, M. le Pr Bouchard, M. le Dr Rochard, de l'Académie de médecine, M. le baron Larrey, M. le Dr Dujardin-Beaumetz, directeur de la 7e Direction au Ministère de la guerre, en uniforme, M. le Pr honoraire Verneuil ; au deuxième rang, nous pouvons citer MM. les Prs Terrier, Chauvel (de Paris), Ollier (de Lyon), Gross (de Nancy), M. le Dr Alphonse Guérin, etc., etc. Nous n'insistons pas sur la présence des chirurgiens étrangers qui sont, cette année, en nombre notable, car nous allons bientôt avoir à citer leurs noms au cours de cet article.

M. le PRÉSIDENT a alors ouvert la séance par un éloquent discours, dans lequel, après avoir souhaité la bienvenue aux notabilités chirurgicales de nos provinces et des nations amies qui sont venues rehausser par leur présence l'éclat de notre Congrès, et après avoir rappelé la disparition si inattendue de Leprévost (du Havre) et de Horteloup (de Paris), il a exposé les progrès croissants de la science et de l'art auxquels nous consacrons tous nos efforts.

« Il n'est pas de branche des connaissances humaines, dit-il, qui, en l'espace de quelques années, ait été plus complètement renouvelée que la nôtre par des découvertes aussi étonnantes qu'utiles.

Tout d'un coup, la chirurgie a reçu une de ces clartés qui en ont tellement élargi les horizons qu'aucun de nous n'en reconnaît plus les limites, qui l'ont tellement illuminée que, pour la première fois, elle est entrée en possession d'elle-même. C'est ainsi qu'elle a pu fixer les conditions, c'est-à-dire les lois, qui désormais régleront sa marche et associer la sécurité de la science aux promesses d'un art qui, malgré sa noblesse, n'était pas à l'abri des préventions.

Aussi quelle révolution dans nos mœurs ! Avant ces dernières années, il se passait en France, et je crois un peu partout, un fait profondément attristant. Les chirurgiens manquaient à ce point que la chirurgie d'urgence, celle qui n'attend pas, n'était pas toujours faite et, en tout cas, était pratiquée souvent dans des conditions déplorables. Les bras, je devrais dire les mains, manquant, que de gens délaissés ou opérés trop tard ! On n'était accepté comme chirurgien qu'à la condition de posséder une notoriété incontestée d'opérateur, reposant elle-même sur la connaissance exacte de l'anatomie, sur une technique spéciale, exigeant l'habileté manuelle ou, tout au moins, des exercices persévérants de médecine opératoire. Et ce n'était qu'après avoir conquis péniblement ce renom qu'on pouvait, sans perdre de sa considération, accepter la responsabilité de revers nombreux.

Il faut bien le dire, d'ailleurs, les accidents opératoires étaient alors en proportion directe du nombre et de l'importance des opérations : de là une réserve allant jusqu'à la timidité. Ce sont des qualités inverses ou, si l'on veut, les défauts de ces qualités qui semblent consacrer les réputations d'aujourd'hui.

C'est que la chirurgie n'est plus à la merci d'un conseil de famille ; elle n'est même plus mineure. Elle vient d'entrer dans sa majorité. Une confiance renaissante a fait taire le doute, les craintes justifiées, et l'art, dégagé de toute pensée décevante, servi par tout ce qu'une jeunesse pleine de vie peut avoir de foi, a acquis une puissance d'expansion bien faite pour être l'objet de nos méditations. »

Par cette dernière phrase, on voit que M. le Pr Lannelongue n'a pas assisté, sans s'y intéresser, à la tentative faite, pendant la dernière année, par une vingtaine de chirurgiens de province et aux efforts du rédacteur en chef de la revue qu'ils ont fondée, les *Archives provinciales de Chirurgie*. Nous sommes heureux, au nom de tous les fondateurs de cette publication, de pouvoir remercier publiquement ici le savant chirurgien de l'hôpital Trousseau, à qui incombent, cette année, les honneurs de la présidence, et qui les supporte avec un entrain sans égal. D'ailleurs, M. Lannelongue a continué de la sorte :

« Pour qui sait observer, ces vérités de l'heure présente sont proclamées dans chacune de vos assemblées. On fait de grands efforts ailleurs pour décentraliser ; le fait est accompli chez nous, et le Congrès de Chirurgie en est la manifestation la plus éclatante. Partout, en France, la chirurgie est pratiquée en bonne forme et l'on pourrait redouter une pléthore d'opérateurs si, d'autre part, le domaine qui est notre champ de travail ne s'était pas considérablement agrandi. »

Et il a ajouté, non sans sourire :

« Un des plus illustres auteurs des premières années de ce siècle, Boyer, commençait ainsi la préface de la 3e édition du plus beau traité des maladies chirurgicales de son temps : « La chirurgie a fait de nos jours les plus grands progrès, et semble avoir atteint, ou peu s'en faut, le plus haut degré de perfection dont elle paraisse susceptible. »

Comme elle est étrange, n'est-ce pas, cette appréciation. Que de changements depuis 1822, que de progrès n'entrevoit-on pas encore ! On part avec la pensée qu'on arrivera ; mais, quelle que soit la limite atteinte, il y a un au delà et on découvre une contrée nouvelle à explorer. »

Citons encore le passage suivant de l'allocution présidentielle :

« Ce qui vous distingue, c'est l'esprit de conquête, c'est-à-dire un entraînement marqué vers la nouveauté et vers les grandes entreprises. Certes, jamais but ne fut plus louable, lorsque l'idée a pour point de départ des indications thérapeutiques que la raison commande et que la préoccupation de la vie humaine conduit. Durant la période moyenne de ce siècle, notre mode de recrutement, les concours surtout, une

centralisation absorbante, avaient créé en France, pour la tradition et les doctrines, une force qui n'excluait pas sans aucun doute le libre examen, mais qui pesait d'une trop grande autorité sur le jeune maître.

Y a-t-il eu dans l'esprit de nombreuses générations chirurgicales une crainte plus grande et moins fondée pourtant que celle de toucher au péritoine ? Comme cela devait être, une réaction exagérée a succédé à ce mouvement, et si la critique avait à s'exercer utilement aujourd'hui, n'aurait-elle pas quelque prise contre une indépendance presque dédaigneuse et contre un besoin d'activité qui entraîne avec une précipitation un peu tumultueuse vers des voies nouvelles qui ne sont souvent qu'entrevues ? Mais qui pourrait se plaindre d'une moisson si riche dont ceux-là peuvent apprécier l'étendue, qui ont si douloureusement souffert des désastres du passé, et qui oserait ralentir un présent qui porte avec lui des espérances plus grandes encore ! »

Enfin, M. Lannelongue, après avoir insisté sur les bienfaits de la clinique, sur la nécessité de la poursuite d'un diagnostic aussi précis que possible, a terminé son discours en remerciant tous ceux qui, Français ou Etrangers, n'hésitent pas à abandonner leurs occupations quotidiennes et à venir, chaque année, assister, pendant huit jours, aux nombreuses séances du Congrès.

M. le Dr Pozzi, secrétaire général, a pris ensuite la parole pour exposer la situation morale du Congrès. Nous reproduisons la plus grande partie de cet intéressant compte rendu.

« Au moment où s'ouvre la septième session, le Congrès français de Chirurgie compte 317 membres, dont 60 fondateurs, 7 membres à vie, et 250 membres annuels. C'est à peu de chose près le même chiffre que je vous signalais l'an passé. Il semble, en effet, que notre institution, arrivée désormais à l'état adulte, ne soit plus susceptible d'un très grand accroissement numérique. On peut dire que d'ores et déjà tous ceux qui, — selon l'expression dont se servent nos statuts pour définir notre but, — « s'intéressent aux progrès de la Chirurgie française, » figurent sur nos registres. Nous pouvons nous féliciter de ce résultat acquis, définitivement, au bout de notre septennat. Notre dévoué trésorier vous dira bientôt comment nos conditions d'existence, jusqu'ici assez difficiles, sont désormais assurées, au point de vue financier, par l'augmentation minime du prix de notre cotisation. Mais un autre progrès, encore plus important, sera bientôt réalisé. Grace aux efforts persistants de votre bureau, à l'influence de votre président et au zèle de votre secrétaire général adjoint, la reconnaissance du Congrès comme institution d'utilité publique est actuellement imminente. On peut dire que ce n'est plus qu'une question de jours, et nous pourrons inscrire ce titre précieux en tête de notre prochain volume. Je n'ai pas besoin, Messieurs, d'en faire ressortir l'utilité pour notre avenir. Nous pourrons ainsi recueillir les dons, les successions et créer un fond de réserve qui nous permettra, je l'espère, à l'imitation de notre sœur aînée, l'Association française pour l'avancement des sciences, de contribuer d'une manière nouvelle aux progrès scientifiques par des subventions données aux travailleurs pour entreprendre ou continuer leurs recherches.

Puis M. Pozzi a cité les noms des chirurgiens étrangers présents à Paris en raison du Congrès. Le gouvernement britannique a délégué un médecin très distingué de son armée, professeur à l'École militaire de Netley, M. le lieutenant-colonel Stevenson. Parmi nos autres hôtes éminents, n'oublions pas Sir William Mac Cormac, et le Dr Distin Maddick, de Londres; Jacques et Auguste Reverdin, de Genève; Roux, de Lausanne; Thiriar, Warnot, Rouffart, Lavisé, Jacobs, de Bruxelles; Hicguet, de Liège; Dewandre et Desguins, d'Anvers; Pawlik, de Prague; Zancarol, d'Alexandrie; Bloch, de Copenhague; Tornu, délégué du Cercle médical argentin; Severeanu, de Bukharest; et ceux que nous ne compterons jamais parmi les étrangers : Kœberlé, J. Bœckel, de Strasbourg; Ehrmann, de Mulhouse; Lentz, de Metz. Puis, au nom du bureau du Congrès, au nom du Congrès tout entier, il a prié nos hôtes de recevoir ses remerciements et ses vœux de cordiale bienvenue.

Enfin, en quelques mots, M. Alcan, trésorier, a exposé la situation financière du Congrès de Chirurgie, qui devient plus florissante depuis l'élévation à 25 fr. de la cotisation annuelle.

La fin de la séance d'ouverture a été consacrée à plusieurs communications importantes. Nous citerons en particulier celles de M. sir Mac Cormac, de Londres, sur le traitement des luxations anciennes de l'épaule; de MM. Roux, de Lausanne, et Doyen, de Reims, sur la chirurgie stomacale; Villar, de Bordeaux, et H. Delagénière, du Mans, sur la chirurgie abdominale, etc. On en trouvera d'ailleurs plus loin (1) le compte rendu, ains que le résumé de celles qui ont été faites à la séance de lundi matin et aux réunions ultérieures.

Les Présidents d'honneur choisis par le Bureau de la septième session ont été : Sir William Mac Cormac, de Londres; M. le lieutenant-colonel Stevenson, de Netley; MM. le Pr Thiriar, de Bruxelles; le Dr Desguins, d'Anvers; le Pr Jacques Reverdin, de Genève; le Pr Roux, de Lausanne; le Pr Severeanu, de Bukharest; le Dr Zancarol, d'Alexandrie; le Dr Kœberlé, de Strasbourg; le Dr J. Bœckel, de Strasbourg; le Dr Ehrmann, de Mulhouse; le Pr Heydenreich, de Nancy; le Dr Chauvel, de Paris (armée); le Dr Auffret, de Rochefort (marine); le Dr Pamard, d'Avignon; le Pr Poncet, de Lyon. On se rappelle que le Vice-Président est M. le Pr Tillaux; le secrétaire général adjoint, M. Picqué; les secrétaires annuels, MM. Coudray, L.-H. Petit, A. Broca et Marcel Baudouin.

Le soir de l'ouverture de la session, une réunion très brillante a eu lieu dans les salons de M. le Président, en l'honneur de tous les membres du Congrès. Un grand nombre de dames assistaient à cette soirée, où se sont fait entendre des artistes célèbres, bien connus du public médical auquel la littérature et la poésie sont loin de demeurer étrangères. Chansons du vieux temps, charmante saynète (2), buffet exquis et princièrement servi : voilà ce qu'ont pu apprécier tous ceux qui sont venus remercier, rue François Ier, notre dévoué président de son aimable invitation.

Le mardi, le jeudi et le samedi matin ont eu lieu dans les hôpitaux les visites dont nous avons publié le détail dans notre dernier numéro; le jeudi, comme d'ordinaire, on s'est rendu à l'Institut Pasteur. Et le soir banquet classique à l'Hotel Continental (3).

(1) Voir p. 252.

(2) Madame Amel et M. Le Bargy ont, pendant deux heures tenu sous le charme la docte assemblée avec la *Nuit de Mai* d'Alfred de Musset et les *Espérances* de Paul Bilhaud.

(3) Toast de M. le Pr Lannelongue aux Congressistes provinciaux et étrangers et à la Presse; réponse de M. Severeanu (de Bukharest) et de M. Ollier (de Lyon), M. A. Broca a parlé au nom des journalistes chirurgicaux.

En somme, session très suivie et très chargée, fertile en communications du plus haut intérêt, comme nos lecteurs pourront s'en assurer à la lecture du compte rendu des séances. Marcel BAUDOUIN.

La Société obstétricale de France.

La Société obstétricale de France a ouvert sa seconde session mercredi dernier 5 avril 1893. La séance s'est ouverte à 9 heures 15 minutes du matin, sous la présidence de M. Guéniot. Etaient présents MM. Fochier (de Lyon), Budin, Bar, Charpentier, Pinard, Maygrier, Ribemont, Gaulard (de Lille), Mardeul (de Lyon), Queirel (de Marseille), Tissier, Bonnaire, Démelin, etc., etc. Cette première séance a été consacrée à des affaires d'ordre intérieur. M. le président a commencé par donner lecture d'une lettre de M. le Pr Moussous, qui régulièrement était appelé à présider la seconde session de la Société obstétricale, mais que le mauvais état de sa santé retient à Bordeaux. Dans cette lettre, M. Moussous remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en le désignant pour présider sa deuxième session et il exprime ses regrets de ne pouvoir remplir la tâche qui lui incombe.

M. Guéniot, dans un langage très élevé, exprime toute la sympathie qu'éprouvent pour M. Moussous les membres de la Société, et il tient à leur dire combien il leur est reconnaissant de l'honneur qu'ils lui ont fait en le nommant vice-président.

On vote ensuite, par acclamation, l'admission de plusieurs candidats comme membres titulaires et comme membres correspondants étrangers.

Puis, M. le Président annonce à la Société la perte de deux de ses membres, dont l'un, le Dr Tracou, travailleur infatigable, avait été nommé, au dernier concours, agrégé auprès de la Faculté de médecine de Lille.

La parole est alors donnée à M. le Pr Crouzat, secrétaire général et trésorier de la Société, dont les rapports sont adoptés à l'unanimité. A sa demande, M. le Dr Démelin est nommé secrétaire général adjoint.

MM. Brouardel, Mathias Duval et Nocard sont ensuite nommés, par acclamation, membres honoraires de la Société, les travaux de ces professeurs touchant à l'obstétrique par des points nombreux, soit en embryologie, soit en médecine légale. Après la nomination de deux secrétaires, une discussion a lieu afin de savoir comment seront faits les comptes rendus des séances. On décide que, pour l'année prochaine, on verra à se pourvoir de sténographes. Pour l'instant, afin que les communications et les discussions soient reproduites aussi exactement que possible, il est convenu que chacun des membres qui prendra la parole devra, après la séance, remettre aux secrétaires une copie de ses communications, ainsi que les objections et réponses qu'il lui aura été donné de faire.

A dix heures et demie, M. Guéniot lève la séance.

Le programme annonce des communications fort intéressantes. A la séance de l'après-midi, des discussions très instructives ont eu lieu: les séances et les discussions seront suivies par un public probablement nombreux, si l'on en juge par l'affluence des auditeurs et des membres de la Société qui étaient présents le premier jour.

Congrès des Sociétés savantes.

Le Congrès annuel des Sociétés savantes de Paris et de la province s'est ouvert, mercredi dernier, dans le grand amphithéâtre de la nouvelle Sorbonne. Dès deux heures, le grand vestibule était envahi par une foule nombreuse de délégués et d'invités, parmi lesquels figurait l'élite des personnalités littéraires, scientifiques et artistiques. La séance s'est ouverte sous la présidence de M. Ed. Le Blant, membre de l'Institut. Au début de la séance, M. E.-S. Le Blant a prononcé une allocution très applaudie. Après avoir souhaité la bienvenue aux délégués de Paris et de la province au nom du Comité des travaux historiques et scientifiques, ce savant a caractérisé, en quelques mots, l'esprit du Congrès et fait ressortir l'importance des résultats acquis. Après la lecture de l'arrêté ministériel constituant les bureaux des inspections du Congrès, M. Le Blant a levé la séance en invitant les différentes sections à se rendre dans leurs bureaux respectifs.

Suivant l'ordre de leurs travaux, les délégués ont été répartis en diverses sections.

Voici quelle a été la composition du Bureau pour la section des *Sciences* : Président, M. Berthelot; secrétaires, MM. Angot et Vaillant; présidents des séances, MM. Mascart, Friedel, Darboux, Appell, Le Roy de Méricourt, Fouqué, Milne-Edwards, Duchartre. M. B.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

7e SESSION (*Avril* 1893).

Séance du lundi 3 avril 1893. (9 h. du matin.)
PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. le Dr VILLAR (de Bordeaux). — *Fracture de la colonne vertébrale. Trépanation. Grande amélioration.* — Il s'agit d'un homme de 23 ans atteint de fracture traumatique de la colonne vertébrale, siégeant à la partie moyenne de la région dorso-lombaire, s'accompagnant de paraplégie complète avec rétention d'urine et douleurs très vives. On pratique la trépanation du rachis 4 jours après l'accident; on trouve une compression médullaire au-dessus et au-dessous du point fracturé. On libère la moelle en réséquant les lames verticales; suites opératoires simples. Depuis lors, les mouvements ont partiellement reparu, la miction se fait spontanément et l'état général est florissant.

M le Dr MARTEL (de Saint-Malo) présente une *tige de blé avec son épi qu'il a retirée de la vessie* d'un malade. L'introduction de ce corps étranger avait déterminé une uréthrite purulente intense, puis des symptomes d'infection urineuse et avait nécessité l intervention par la taille sus-pubienne. La guérison a été rapide et complète.

M. le Dr REYNIER (de Paris). — *Observation de kyste hydatique suppuré avec péritonite concomitante. Laparotomie. Guérison.* — Cette observation vient démontrer encore le danger des injections antiseptiques dans les kystes hydatiques Un homme de 30 ans présente à la région épigastrique une tumeur assez volumineuse. On diagnostique un kyste hydatique et on fait dans un service de médecine une ponction de la tumeur suivie d'une injection de 100 cc. de liqueur de Van Swieten. Le soir même, le malade a de la fièvre et des frissons. L'élévation thermique et les douleurs abdominales persistent pendant quelques jours, puis s'amendent et le malade sort trois semaines après l'intervention. Bientôt après il rentre. présentant de nouveau une tuméfaction marquée au niveau de l'épigastre; une nouvelle ponction amène l'issue d'un liquide purulent contenant des hydatides. Cette deuxième ponction est suivie de fièvre intense, de frissons et de phénomènes péri-

tonaux; météorisme. Absence de selles et de gaz. Hoquets et vomissements bilieux. — Le malade est transféré dans le service de chirurgie, où l'on pratique la laparotomie. Le kyste renferme une grande quantité de pus; mais il existe en outre une péritonite purulente enkystée. Résection de la poche; toilette du péritoine au moyen d'éponges. Drainage. — Suites opératoires simples. Vomissements au neuvième jour. Actuellement la guérison est presque complète et il ne persiste qu'un court trajet fistuleux. M. Reynier admet que la contamination du péritoine s'est faite par l'orifice béant de la coque résistante du kyste à la suite de la deuxième ponction.

M. TUFFIER. — *Des résultats éloignés de la chirurgie rénale.* — Les résultats éloignés des néphrorrhaphies ont fait l'objet d'une communication au Congrès de 1891. Il ressort des dix-sept néphrotomies faites par le Dr Tuffier que le résultat est en général bon, à condition d'intervenir d'une façon précoce. Quant aux résultats de la néphrectomie, ils sont bons au point de vue de l'état général et il est démontré aujourd'hui que la vie physiologique est possible avec un seul rein. Au point de vue de l'état local, on a reproché à la néphrotomie la fréquence et la durée des fistules qu'elle laisse après elle. Sur 12 observations personnelles, le Dr Tuffier n'a pas eu de fistules persistantes après 8 ou 10 mois. Il existe dans la littérature 173 cas de néphrotomies; dans 7 0/0 des cas il y a eu des fistules temporaires et, dans 2,5 0/0, des fistules définitives. Ces fistules définitives peuvent reconnaître deux variétés de cause: dans un premier cas le tissu périrénal sclérosé forme une cavité suppurante qui ne peut se combler et qui présente des analogies avec l'empyème; dans les cas les plus fréquents la persistance des fistules tient à l'existence d'une uretérite avec dilatation moniliforme, et c'est la persistance de la suppuration à ce niveau qui entretient le trajet fistuleux. Dans ces cas il est bon de pratiquer, en même temps que la néphrectomie, l'uretérectomie, et pour cela de faire une incision lombo-ilio-inguinale permettant d'atteindre l'uretère dans tout son trajet.

M. FÉVRIER (de Nancy). — *Résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel par la voie temporale pour névralgie rebelle datant de 21 ans et localisée surtout à la deuxième branche de trijumeau.* — Dans cette observation, la résection des nerfs sus et sous-orbitaires pratiquée auparavant n'avait produit aucune amélioration. La résection du tronc du maxillaire supérieur a amené une guérison complète, qui se maintient actuellement depuis 6 mois.

M. TÉMOIN a pratiqué une fois la résection du nerf maxillaire et du ganglion de Meckel; la guérison n'a duré que six mois et la névralgie a reparu après ce temps.

M. CHALOT. — *Kyste racémeux ou en grappe de l'ovaire.* — Kœberlé a signalé en 1878 une observation de kyste de l'ovaire analogue à celle que M. Chalot a observée. Cette variété de kyste est caractérisée par l'existence de nombreuses poches ne présentant aucune cloison commune entre elles et donnant à la tumeur l'apparence d'une grappe de raisin à grains très volumineux. M. Chalot croit qu'il y a lieu d'en faire une variété toute spéciale.

M. PICQUÉ a observé souvent cette forme racémeuse de kystes ovariques, et il ne croit pas qu'on puisse se baser sur le seul aspect morphologique pour établir une variété nouvelle.

M. PAMARD (d'Avignon) présente les pièces et les photographies d'un *fœtus parasite inclus sous la peau du cou d'un nouveau-né et formant une tumeur volumineuse.* Les parois mêmes de la tumeur permettaient de reconnaître les extrémités fœtales. Incision circulaire et amputation du fœtus après ligature. Guérison. Le fœtus parasite est à peu près complet; mais au niveau du point d'insertion les parties non enlevées se sont développées et M. Pamard croit que dans un cas analogue il serait préférable de faire une dissection exacte de la tumeur.

M. MESNARD (de Berck) *a pratiqué deux désarticulations de la hanche dans des cas avancés de coxalgie fistuleuse.* Il croit cette opération préférable à la résection dans les cas où la suppuration est abondante et l'état général mauvais.

M. VASLIN (d'Angers) lit une observation de *pyosalpingite double consécutive à une hématocèle rétro-utérine traitée par la laparotomie.*

M. JULLIEN (Paris) a pratiqué une opération d'*ablation de la prostate par la voie sous-pubienne.* Il s'agit d'un malade de 63 ans, dysurique et prostatique. Incision transversale de 12 centimètres après introduction du ballon rectal et distension de la vessie; découverte de la vessie par écartement des droits; incision transversale de la vessie. Dissection de la muqueuse au niveau du col vésical et ablation des lobes latéraux de la prostate à l'aide d'une grosse pince coupante à emporte-pièce. L'hémorrhagie est réprimée par le thermo-cautère. Suture partielle sur les extrémités latérales de l'incision tant pariétale que vésicale; drainage, suites locales simples. 15 jours après l'opération, le malade urinait naturellement par la verge et peu après il quittait Paris, ne conservant qu'une fistulette abdominale. V. MORAX.

Séance du lundi soir (3 avril). — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

Traitement des luxations anciennes de l'humérus par l'incision et le replacement de la tête dans la cavité articulaire.

SIR WILLIAM MAC CORMAC (Londres). — J'ai opéré un homme de 40 ans, ayant fait une chute de cheval et atteint de luxation de l'épaule, accompagnée de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus datant déjà de plus de 3 mois. Incision parallèle à l'axe du membre, en dehors de l'apophyse coracoïde, croisant obliquement la tête de l'humérus, siégeant au niveau de l'interstice deltoïdo-pectoral. La tête put être seulement libérée; il y avait aussi fracture de la partie antérieure de la cavité glénoïde. J'ai détruit tous les tissus qui obturaient la cavité articulaire; puis j'ai fixé le bras au tronc, en amenant le coude en avant. La plaie suppura. 19 jours après, j'intervins à nouveau et fis sauter la tête au niveau du col anatomique. Guérison. Dans les cas analogues à celui-ci, on doit se demander ce qui vaut mieux: ou bien attendre la consolidation de la fracture avant de tenter la réduction de la tête, ou bien enlever de suite la tête humérale fracturée; ou bien encore la cheviller extemporanément sur la diaphyse et réduire. Je pourrais citer 2 cas comparables au mien. J'en conclus que l'ablation immédiate de la tête est plus pratique que le replacement par l'arthrotomie.

M. SEVEREANU (Bukharest). — J'ai opéré un cas de luxation ancienne de l'épaule, datant de 4 mois. Après anesthésie par le chloroforme, j'ai fait des tractions sur le bras allant jusqu'à 200 kilogrammes. Aucun résultat; il s'agissait d'une sous-coracoïdienne complète. Dans ces conditions, je dus recourir à l'arthrotomie dans l'intention de remettre la tête en place, si la chose était possible, ou de la réséquer si je ne pouvais réussir à obtenir la réduction. Je crus bien faire en pratiquant d'emblée une incision horizontale de 10 centimètres, sur l'acromion, à 2 centimètres du bord de cet os. Je sciai l'extrémité de l'acromion, puis j'ajoutai à mon incision transversale primitive une grande incision verticale de 8 centimètres de haut, commençant à l'extrémité interne de la première. J'obtins ainsi un grand lambeau triangulaire, facile à rabattre en dehors, et un jour énorme. Je trouvai une capsule tordue, mais aucune fracture des tubérosités de l'humérus. Je fendis verticalement la capsule et constatai que la cavité articulaire était en bon état. Je fis, à l'aide de mouffles, une traction de 170 kilogrammes; la tête humérale ne bougea pas. Je pris alors une gouge, je la plaçai derrière la tête et, m'en servant comme d'un levier, fis rentrer la sphère articulaire dans la cavité glénoïde. On pourrait facilement faire construire un instrument, une sorte de cuiller qui favoriserait beaucoup la réintroduction de la tête. Je terminai l'opération en suturant la capsule et plaçant une suture métallique sur l'acromion. Guérison 30 jours après.

M. POLLOSSON (Lyon). — Je vous apporte cinq observations de luxations anciennes de l'épaule traitées par l'arthrotomie. 1er cas: homme de 55 ans, ayant une luxation sous-coracoïdienne datant de 6 mois. Incision inter-deltoïdo-pectorale. Incision de la capsule, reintroduction de la tête, suture de la capsule. Immobilisation. Résultat satisfaisant. Dans le 2e cas, il s'agit d'un homme de 52 ans; la luxation datait de 6 semaines. Même opération et résultat identique. Le 3e cas a été opéré par le frère de M. Pollosson. 4e et 5e observations comparables, sauf en ce qui concerne la date du traumatisme initial.

Dans les cas difficiles, M. Pollosson a remarqué que les causes qui empêchaient la réduction de la tête étaient les suivantes : épaississement inflammatoire de la capsule et du tissu cellulaire sous-capsulaire; interposition de parties déchirées de la capsule, rétraction de certains tissus péri-articulaires. Je préfère l'arthrotomie aux tentatives violentes de réduction, car j'ai assisté à des désastres attribuables à cette méthode seule et non pas à l'anesthésie, comme on l'a dit. Il y a des cas de mort, des cas d'arrachement du membre, etc. Il ne faut donc pas hésiter, dans ces circonstances, à recourir à la méthode sanglante franche, et à rejeter les incisions sous-cutanées, qui ne constituent qu'un procédé aveugle. En chirurgie, il faut agir en y voyant clair.

Chirurgie gastro-intestinale.

M. Roux (Lausanne). — Je ne puis partager complètement l'enthousiasme de certains chirurgiens pour la gastro-entérostomie. Ils ont donné des statistiques qui ne comptent en effet pas moins de 50 0/0 de mortalité ; cela n'est pas très consolant, quoique dans bien des cas on ait opéré trop tard. Il n'en reste pas moins acquis qu'il s'agit là d'une chirurgie palliative, d'une chirurgie de cancer et il faut bien reconnaître qu'elle n'est jamais très brillante. J'ajoute seulement que j'ai pratiqué 14 gastro-entérostomies et que j'ai eu 7 morts opératoires. Dans un cas, j'ai pris une anse quelconque et j'ai fait l'anastomose à 40 centimètres du cæcum ; évidemment il ne faut pas agir ainsi au hasard. Si l'on choisit la première partie du jéjunum, on peut observer le réflexe des aliments dans le duodénum. Je suis pour la bouche *postérieure*, située en arrière de l'estomac, car c'est le seul procédé qui assure forcément dans les premiers jours le passage facile du contenu stomacal dans l'intestin. Sur 6 gastro-entérostomies antérieures, j'ai eu 5 morts, tandis que sur 8 postérieures je n'en ai eu que 2.

J'ai fait 5 fois la résection du pylore avec 3 succès; dans ces opérations, je fais toujours l'implantation latérale de l'intestin de préférence à la suture circulaire.

Indications et résultats éloignés de l'urèthrostomie périnéale.

M. Poncet (Lyon). — L'uréthrostomie périnéale consiste à créer un méat contre nature dans la région périnéale. Pour cela, on incise l'urèthre en arrière des bourses, avec ou sans conducteur. On fait sur le canal une incision perpendiculaire à son axe, en arrière ou au milieu du rétrécissement, dissèque 8 à 10 centimètres du conduit et fend la partie disséquée verticalement. Alors on suture la plaie triangulaire obtenue à la peau de l'incision périnéale. On a refermé à l'avance l'urèthre antérieur. On crée ainsi une sorte d'hypospadias périnéal.

Certes, cette opération ne peut pas être appliquée à tous les cas de rétrécissements de l'urèthre; mais elle peut donner chez certains malades des résultats supérieurs aux méthodes connues jusqu'ici, par exemple chez les rétrécis qui sont si souvent exposés aux récidives après les diverses sortes d'uréthrotomie, en particulier les rétrécis à la suite d'un traumatisme ayant intéressé l'urèthre. Cela est surtout vrai pour ceux de ces malades qui forment la clientèle hospitalière et qui, chez eux, après l'opération curative, ne peuvent pas se soigner. Il ne faut pas oublier non plus à ce point de vue les rétrécis qui ont des lésions rénales et auxquels on doit toucher le moins possible. Chez nos opérés, la miction a eu lieu facilement, de même que le coït.

M. Verneuil. — M. Poncet a eu le réel mérite d'introduire dans la pratique et de régulariser une opération que plusieurs d'entre nous ont dû faire plusieurs fois par nécessité. Pour mon compte, j'ai fait plusieurs de ces uréthrostomies périnéales, mais sans avoir cherché à les créer d'emblée ; et précisément les malades opérés de la sorte n'ont plus voulu, une fois rétablis des accidents ayant nécessité cette fistulisation temporaire, qu'on leur obture leur méat périnéal. N'est-ce pas là la meilleure démonstration des avantages de la méthode de M. Poncet.

M. Lavaux (Paris). — Je crois bon de faire remarquer que cette méthode ne saurait s'appliquer aux malades ayant en même temps une hypertrophie de la prostate ; dans ces cas, le méat sus-pubien est préférable.

M. Poncet. — La remarque de M. Lavaux n'avait pas besoin d'être faite ; il est bien certain que quand il y a des troubles urinaires d'origine prostatique on doit plutôt recourir à la cystostomie sus-pubienne. D'ailleurs j'ai procédé bien des fois de la sorte. Mais le méat sus-pubien a des inconvénients ; l'incontinence peut toujours survenir à un moment donné.

M. Koeberlé (Strasbourg). — J'ai fait une fistule uréthrale périnéale chez un homme ayant une infiltration d'urine colossale. Cet homme, une fois guéri, ne voulut pas entendre parler de la fermeture de cette fistule.

M. Severeanu cite un fait analogue.

Traitement chirurgical des affections de l'estomac.

M. le Dr Doyen (Reims). — La chirurgie du pylore a eu tout d'abord pour objet les rétrécissements cancéreux ; puis on opéra les sténoses cicatricielles. Nous aurons particulièrement en vue le traitement des affections non cancéreuses de l'estomac, les seules où l'on puisse obtenir une guérison durable; lorsque nous considérons comme très satisfaisants les résultats obtenus dans les cas de néoplasmes très limités, Billroth, Czerny, Kocher ont observé des survies de 2, 3 et même 5 ans. Pour nous croire autorisé à entreprendre, dans les cas d'affections non cancéreuses de l'estomac, des opérations aussi graves que la pylorectomie et la gastro-entérostomie, il fallait que nous disposions de procédés opératoires susceptibles de ne pas nous donner de mécomptes. La mortalité des résections du pylore est en effet demeurée stationnaire de 40 à 50 0/0. Une chance sur deux serait un appoint insuffisant pour permettre de proposer l'opération aux plus courageux. Nous avons successivement pratiqué la pylorectomie avec suture de l'estomac en raquette et l'abouchement duodénal, la pyloroplastie, la gastro-entérostomie par diverses méthodes. Il nous suffira de décrire le procédé le plus sûr, tant pour les suites immédiates que pour les résultats éloignés de l'opération, procédé qui nous a donné sur 12 cas la proportion remarquable de 91, 6 0/0 de succès opératoires; nous en ferons précéder les descriptions de quelques considérations anatomiques. La situation de l'estomac est telle que dans l'état de vacuité le pylore en occupe le point le plus déclive. La dilatation de l'estomac, qui porte non pas sur l'ensemble du viscère, mais simplement sur l'antre prépylorique, est donc sans exception la conséquence d'un mauvais fonctionnement du pylore, qu'il s'agisse de spasme ou de rétrécissement organique. La disposition de l'anneau duodénal, sa fixité, la situation élevée de l'origine du jéjunum, qui se trouve naître sur le même plan horizontal, ou peu s'en faut, que le pylore, la possibilité d'une sténose duodénale ou d'une bride dépendant du ligament de Treitz, nous ont fait rejeter toute intervention ayant pour effet de rétablir le passage du chyme dans le duodénum. Il est en effet presque impossible, au cours de l'opération, de s'assurer de la parfaite perméabilité de l'anse duodénale. Le mieux sera donc de fermer la circulation des aliments, et de la réduire à un simple prolongement des canaux cholédoque et pancréatique. L'opération est faite de la manière suivante : 1° incision médiane sus-ombilicale ; 2° exploration de l'estomac, du foie, du côlon et du duodénum; 3° si l'opération est décidée : recherche de la 1re anse du jéjunum; un fil est passé au travers de son mésentère, et l'intestin réduit. C'est alors qu'il faut décider si le pylore sera ou non réséqué; 4° le pylore est examiné avec soin : existe-t-il un épaississement néoplasique, ou cicatriciel, si les adhérences sont étendues il ne faut pas songer à l'extirpation, qui serait illusoire en cas de cancer, et aggraverait inutilement l'opération dans le cas d'une simple cicatrice. Le néoplasme est-il mobile, on procède à son isolement, en perforant avec les doigts les épiploons gastro-hépatique et gastro-colique ; deux pinces courbes à pression élastique sont appliquées au-dessous du néoplasme, sur le duodénum, qui est sectionné entre leurs mors. Nous fermons le duodénum par 3 plans de suture : le 1er comprend toutes les tuniques de l'intestin; les pinces destinées à la fermeture provisoire de l'estomac et du duodénum sont alors enlevées, car notre premier plan de suture suffit pour empêcher l'issue de la moindre trace de liquides ou de gaz. Deux plans séreux assurent la réunion. Nous pratiquons cette triple suture à l'aide de notre surjet à points passés, qui est d'une exécution

rapide et d'une solidité à toute épreuve. Le duodénum est réduit dans le ventre et nous fermons provisoirement l'estomac pour pratiquer l'ablation de la tumeur, et la suture en 3 étages de la plaie stomacale; 5° l'estomac et le duodénum étant désormais terminés en cul-de-sac, nous établissons le nouveau pylore : la 1re anse du jéjunum est sortie du ventre, ainsi que le grand épiploon, qui est introduit par une petite déchirure dans l'arrière-cavité, et fixé dans cette situation par quelques sutures gastro-coliques (1).

La première anse du jéjunum est placée au-devant de l'estomac de telle sorte que le cours des matières soit dirigé dans le même sens qu'auparavant, c'est-à-dire de gauche à droite. Nous fixons l'intestin à l'estomac, non loin de l'insertion du grand épiploon; deux premiers plans de suture séreux sont effectués, l'estomac et l'intestin sont alors fermés provisoirement à l'aide de pinces à pression élastique, incisés, puis réunis l'un à l'autre par une suture circulaire, comprenant séreuse, musculeuse et muqueuse; les pinces sont enlevées et les deux derniers plans séreux assurent une réunion définitive. N'y a-t-il pas indication de faire l'ablation du pylore, il faut néanmoins l'oblitérer, afin d'obtenir un fonctionnement parfait de l'orifice gastro-jéjunal. Nous disposons, à cet effet, de deux procédés : 1° Section de l'estomac en amont du rétrécissement et fermeture séparée, en cul-de-sac, du duodénum et de l'estomac; 2° Fermeture du pylore non sectionné par une série de sutures séreuses déterminant le plissement et l'invagination dans l'ancien orifice pylorique d'une certaine étendue de la muqueuse gastrique. Dans l'un comme dans l'autre cas, la gastro-jéjunostomie est faite suivant le procédé que nous avons indiqué. Occlusion du pylore avec résection facultative, création d'un orifice gastro-jéjunal pouvant admettre le médius, telle est l'opération que nous proposons dans toutes les affections de l'estomac non cancéreuses, rebelles à toute thérapeutique et menaçant l'existence. La gastro-entérostomie avec plan suture simple du pylore dure de 40 à 50 minutes. La gastro-entérostomie avec pylorectomie, 1 h. 1/2 à 2 h. 1/4. Nous avons tenté 28 fois d'intervenir pour diverses affections de l'estomac et du duodénum : il s'est agi 16 fois de lésions non cancéreuses, 12 fois de néoplasmes malins. 1° Laparotomies exploratrices (5 cas de cancer), 5 fois nous avons dû nous contenter d'une exploration, les adhérences et l'étendue de la dégénérescence cancéreuse ne permettant pas même l'exécution d'une simple gastro-entérostomie; un de ces malades présentait un état général relativement satisfaisant qui, coïncidant avec les signes du rétrécissement pylorique, nous avaient fait penser à une sténose cicatricielle; nous avons trouvé l'estomac rétracté sous le foie, en dégénérescence cancéreuse totale. 2° 3 pyloroplasties nous ont donné 2 insuccès; nous avons abandonné cette opération comme défectueuse (3 cas de sténose simple). 3° Nous avons tenté également sans succès, *in extremis*, dans 2 cas de cancer très étendu, la pylorectomie en raquette, combinée dans un cas à la gastro-entérostomie (2 cancers). 4° 10 gastro-jéjunostomies ont donné 4 insuccès; 2 de ces opérations ont été faites *in extremis*; 2 autres par un procédé défectueux, de telle sorte que l'évacuation du contenu stomacal n'a pu se faire dans des conditions satisfaisantes. (2 cancers, 8 cas de sténose pylorique ou duodénale et de spasme du pylore compliquant l'ulcère simple). 5° 7 pylorectomies avec occlusion du duodénum et gastro-jéjunostomies ont donné 6 succès (3 cancers, 4 sténoses simples). La malade que nous avons perdue est morte non pas des suites directes de l'opération, mais d'infection hépatique, le rétrécissement pylorique ayant été déterminé par des abcès duodénaux et une péritonite assez étendue, avec formation d'adhérence et ouverture de la vésicule tout près du pylore : cette malade avait refusé, deux ans auparavant, l'intervention pour lithiase biliaire, et nous a réclamé trop tard les secours de la chirurgie. 6° Enfin nous signalerons une opération d'estomac en bissac, sténose simple, le rétrécissement de la partie moyenne du viscère étant dû à un vaste ulcère de la petite courbure, avec rétraction cicatricielle et adhérence à la paroi abdominale. La malade a guéri et se porte à merveille. Cette opération est à notre connaissance la première opération d'estomac en bissac qui soit publiée. Nous conclurons que l'occlusion du pylore, avec résection facultative de ce dernier et gastro-jéjunostomie, telle que nous la pratiquons, est une excellente opération, puisque sur 12 cas elle ne nous a donné qu'un insuccès, de cause extra-opératoire : infection hépatique. L'ennemi est le pylore, sa fermeture spasmodique est la cause des dyspepsies, de la dilatation, de la non-cicatrisation des ulcères. La stagnation des ingesta dans l'estomac dilaté est un des facteurs de l'évolution du cancer. L'ulcère et le cancer ne se rencontrent d'ailleurs qu'exceptionnellement dans le grand cul-de-sac, ce dernier, logé en haut, dans la concavité du diaphragme, étant le séjour habituel des gaz et ne se trouvant presque jamais en contact avec les aliments.

Nos résultats opératoires sont concluants : la gravité de l'opération, par le procédé de choix que nous avons décrit, est presque nulle, si l'on opère avant la période de cachexie finale. La guérison est radicale : dyspepsies graves, maladie de Rechmann, crises gastralgiques, dilatation de l'estomac, vomissements alimentaires, hématémèses, les symptômes les plus graves, en un mot, disparaissent dès le jour de l'opération, et les malades se trouvent d'autant mieux soulagés que nous leur faisons prendre, dès le réveil chloroformique, de l'eau de Vichy par cuillerées à café. Les ulcères les plus rebelles se cicatrisent en peu de temps, dès qu'ils ne sont plus soumis aux tiraillements journaliers dus aux alternatives de dilatation et de flaccidité des parois stomacales qui s'opposent d'habitude au travail réparateur. Nos opérés ont augmenté de poids dans des proportions remarquables, et l'un d'eux accusait récemment 3 livres en 6 jours, soit 250 gr. par jour. Nous sommes donc convaincus qu'avec la description d'un procédé capable de réduire de 50 0/0 à 10 0/0 et peut-être moins encore la mortalité de la pylorectomie et de la gastro-jéjunostomie, la pathologie de l'estomac entre dans une voie nouvelle, et que la plupart des cas réputés incurables bénéficieront désormais de la nouvelle opération.

Tumeur hétérogène du corps thyroïde (enchondro-sarcome) Succès opératoire. Mort par suite de cachexie strumiprive.

M. LENTZ (Metz) relate l'observation d'une femme atteinte d'un goitre ancien, gros comme une tête de fœtus, refoulant le paquet vasculo-nerveux, comprimant sérieusement les voies aériennes. Le développement étant rapide depuis quelque temps, la dégénérescence sarcomateuse était probable et M. Lentz fit la thyroidectomie, qui fut facile. La plaie resta complètement aseptique. Mais, au quatrième jour, crampes dans les membres, trismus, 38°; et, à partir de ce jour jusqu'au 24e, date de la mort, le malade eut deux crises analogues par jour, avec une régularité pour ainsi dire mathématique; par compression des nerfs sciatique ou cubital, on provoquait des accès. Il s'agissait bien de tétanie. L'examen a révélé une tumeur hétérogène du corps thyroïde, un enchondro-sarcome. Or, les chondromes du corps thyroïde sont très rares : dans son article récent, A. Broca en cite quelques cas à peine. Ce fait prouve une fois de plus que la thyroïdectomie totale ne doit être entreprise que lorsque la vie est menacée par la lésion thyroïdienne et que la thyroïdectomie partielle est certainement insuffisante.

Expériences sur la théorie de la compression cérébrale.

M. VAN STOCKUM (Leyde) termine son étude expérimentale par les conclusions suivantes. 1° Les symptômes généraux de la compression cérébrale ne sont pas causés par l'augmentation de la tension du liquide céphalo-rachidien. 2° Ils dépendent d'un trouble dans la circulation du bulbe; ce trouble ne se produit pas par une cause mécanique. 3° Ces troubles dans la circulation du bulbe (et dès lors les signes de la compression) ont leur point de départ dans l'écorce des hémisphères. 4° L'écorce cérébrale anémiée et irritée en conséquence par le corps étranger qui la comprime fait naître une gêne dans la circulation cérébrale, parce qu'elle renferme un centre vaso-moteur propre au cerveau.

Contribution à la chirurgie de la poitrine.

M. DELORME (Professeur au Val-de-Grâce) — Le mode

(1) Voir *Arch. prov. de Chir.*, 1892.

d'intervention nouveau que je propose est destiné, dans certains cas, à remplacer l'opération d'Estlander, et à servir de temps préliminaire préparatoire pour d'autres interventions intra-thoraciques; il consiste dans la formation d'un large volet thoracique, comprenant à la fois des parties molles et des portions étendues de côtes. Ce volet largement ouvert, le chirurgien a libre accès dans la cavité correspondante, et l'opération terminée, le volet est refermé, soudé au reste de la paroi à laquelle il se réunit par première intention et l'opéré guérit bientôt de ses sections costales comme il le ferait de fractures de côtes multiples. De la troisième côte inclusivement à la sixième inclusivement (il semble inutile de remonter plus haut et de descendre plus bas) je trace un lambeau à base postéro-supérieure, adhérente, par une incision représentant les trois côtés du rectangle, lambeau à direction oblique de haut en bas, suivant celle des côtes. Il s'étend de 2 travers de doigt en dehors du bord du sternum à la saillie du bord axillaire de l'omoplate. Sa forme peut varier d'ailleurs suivant le but à atteidre. Le lambeau cutané est libéré au ras des côtes, comme dans l'opération d'Estlander; puis à ses limites antérieures, je sectionne chaque côte avec l'espace intercostal. A mesure que les intercostales sont coupées, deux pinces hémostatiques sont appliquées sur chacun des bouts de l'artère; en arrière, les côtes sont sectionnées longitudinalement ou réséquées dans une faible étendue, avec conservation des muscles intercostaux, des vaisseaux et des nerfs. Cela fait, au ras des bords supérieurs des côtes limites, je libère le volet en haut et en bas, jusqu'au niveau de sa base, puis, je lui fais faire bascule, je l'ouvre en dehors, et l'intérieur de la cavité thoracique est largement découvert. J'ai imaginé ce procédé en mai 1892, à propos d'un malade qui présentait un abcès volumineux de la paroi thoracique gauche de nature tuberculeuse, avec un diverticule intra-thoracique aussi étendu que la poche extérieure. L'excision de la poche externe et le curage attentif du diverticule profond, après résection des deux côtes limites, s'étant montrés insuffisants, je circonscrivis un volet thoracique de huit centimètres de long sur douze de large, c'est-à-dire des dimensions de la poche interne relevées à la sonde cannelée et, le volet rabattu, je pus assez aisément disséquer au bistouri et avec des ciseaux, et la paroi épaisse de plus d'un centimètre répondant à la plèvre pariétale, et la paroi de la poche qui, non moins épaisse, inextensible et fongueuse, recouvrait le poumon gauche, et médiatement le péricarde dans une assez grande étendue. M. Delorme a appliqué le même procédé pour l'oblitération des vastes cavités intra-thoraciques que laissent parfois après elles les opérations d'empyème et pour laquelle on s'est contenté jusqu'ici de pratiquer des opérations d'Estlander. Il lui parut préférable de chercher à libérer le poumon de sa fausse membrane, continue, rigide, inextensible, plutôt que de rapprocher la paroi thoracique de la paroi pulmonaire, mode opératoire qui, dans les cas où il réussit, ne fait que combler la cavité sans rétablir le fonctionnement du poumon. Il cite un fait à l'appui.

Il est impossible de dire dans quelles conditions cette séparation de la membrane viscérale est possible et fructueuse. Jusqu'à plus ample informé, il croit qu'elle est à tenter dans les grands empyèmes déjà anciens, avec rétraction du poumon de plus de *cinq centimètres*, c'est-à-dire dans les cas où l'opération d'Estlander se montre le plus souvent insuffisante. Je la croirais d'autant plus rationnelle dans ces conditions, que si elle se montrait alors impossible, le volet thoracique, désossé ou non, pourrait mieux servir à l'effondrement pariétal que la paroi simplement désossée et peu dépressible que laisse l'opération d'Estlander, et que, de plus, en cas de réussite, on aurait l'avantage de combler la cavité en permettant au poumon de reprendre sa place. Or, restituer à un malade la moitié de son champ respiratoire, n'est-ce pas un but bien digne d'être poursuivi? Certaines opérations sur le poumon qui nécessitent une brèche pariétale qu'on n'a obtenue jusqu'ici que par la résection de plusieurs côtes, me semblent pouvoir être faites après renversement d'un volet thoracique. Celui-ci, après la soudure des côtes, conserve mieux l'intégrité fonctionnelle de la paroi; quant au pneumothorax accidentel qu'on peut produire pendant l'opération, on le limiterait à son gré ou on atténuerait les conséquences, en réunissant comme je l'ai fait, séance tenante, le poumon à la paroi par des anses de catgut, véritables adhérences chirurgicales. On aurait soin seulement de laisser ces anses assez lâches pour ne pas empêcher le mouvement vertical du poumon. Ce procédé peut aussi s'appliquer au traitement des deux principales complications des plaies pénétrantes de poitrine : l'*hémorrhagie*, le *pneumothorax*. Il cite une intéressante observation de juillet 1892 qui le démontre.

M. Michaux (Paris). — J'ai pratiqué trois opérations analogues à celle de M. Delorme; mais j'ai fait deux volets, au moyen de deux incisions horizontales réunies par une incision verticale. J'ai constaté que de la sorte on explorait facilement les cavités thoraciques. Deux fois je suis intervenu pour des pleurésies purulentes avec plèvre épaissie; j'ai pu, en procédant ainsi, explorer facilement le thorax. Dans une troisième observation, il s'agissait d'une pleurésie diaphragmatique purulente enkystée.

Hystéropexie vaginale double.

M. Jacobs (Bruxelles). — Je trouve l'hystéropexie vaginale double préférable à l'hystéropexie abdominale dans la rétroversion. Je procède de la façon suivante. J'attire le col utérin à la vulve; je fais sur sa face antérieure une incision curviligne à concavité supérieure et obtiens un lambeau que je relève. De la sorte j'ai une surface cruentée sur laquelle je place des points de suture allant au vagin. Alors je fais basculer l'utérus, je serre les points de suture et tamponne le cul-de-sac postérieur.

M. Pozzi. — Si l'utérus est mobile et rétroversé, une pessaire suffit; s'il y a des adhérences, il y a en même temps lésions de l'utérus et des annexes et l'hystéropexie vaginale est insuffisante. Je suis de l'avis de Trélat : les hystéropexies vaginales sont de mauvaises opérations.

M. Chalot (Toulouse). — Je préfère à l'hystéropexie abdominale antérieure le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Pied valgus paralytique.

M. Piéchaud (Bordeaux). — J'ai opéré trois cas de pied bot valgus paralytique. Le jambier antérieur et le triceps sural sont les muscles les plus souvent atteints. Il faut électriser ces muscles et on obtient parfois des résultats superbes. Quand ce moyen a échoué, l'opération de choix est l'arthrodèse médio-tarsienne.

Grossesse extra-utérine.

M. Tournay (Bruxelles) publie l'histoire d'une secondipare qui, n'ayant pas été enceinte depuis 15 ans, présenta les signes rationnels de la grossesse. Au toucher, tumeur manifeste des annexes droites. Bientôt éclatèrent des accidents de péritonite modérée, et sous le chloroforme M. Tournay redressa l'utérus assez dévié. Peu de jours après, hémorrhagie, signes d'avortement avec élimination d'une caduque, douleurs. Mais bientôt par le repos tout cessa. Les seins sécrétèrent du lait, le ventre resta volumineux et il persista une tumeur dans les annexes droites. De tout cela, M. Tournay conclut à une grossesse extra-utérine et finalement une laparotomie fut décidée, mais retardée pour des motifs divers jusqu'au jour où une poussée manifestement suppurée vint compliquer les choses et forcer à une intervention d'urgence. Si la voie vaginale semblait préférable à cause de la suppuration enclavant l'utérus, la laparotomie fut choisie comme plus favorable à l'extirpation de la grossesse extra-utérine. Or, l'énucléation de cette poche fut impossible, et séance tenante M. Tournay fit l'hystérectomie vaginale par morcellement. Suture en étages de l'incision abdominale; tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, autour des pinces à demeure. L'opération avait duré 2 heures et demie. Peu à peu les injections ramenèrent les débris du placenta, puis l'embryon. Aujourd'hui, 28e jour, la malade est à peu près guérie.

Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale.

M. Villar (Bordeaux). — X..., 35 ans, cultivateur, constata il y a huit ans, pour la première fois, l'existence de deux tumeurs du volume d'une noix, au niveau de la fosse iliaque droite : ces tumeurs grossissent progressivement; le malade

éprouve de la pesanteur dans le bas-ventre, sur la vessie, et urine avec difficulté. Il y a quatre ans, apparition d'une tumeur dans l'hypochondre droit. Le malade entre à l'hôpital Saint-André au mois de juillet 1892, dans le service de M. le Pr Demons; voici les renseignements fournis par l'examen à cette époque; on constate l'existence d'une immense tumeur siégeant au niveau du foie, de quatre autres tumeurs du volume du poing environ, situées dans la région sous-ombilicale et d'une autre tumeur enfin, faisant saillie dans la région sus-pubienne. Etat général très mauvais : amaigrissement extrême, teint cachectique, affaiblissement considérable. Des ponctions avaient déjà été pratiquées dans ces tumeurs et avaient permis de retirer du liquide très clair et quelques vésicules. Il s'agissait donc de kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. J'interviens le 28 juillet 1891 : laparotomie, extirpation de kystes de volume variable siégeant dans le mésentère et l'épiploon, et d'autres petits hystes du volume d'une noisette, d'une tête d'épingle noire. J'attaque ensuite le kyste sus-pubien qui siège dans l'espace rétro-vésical : son adhérence à la vessie et à la prostate me décide à le fixer à la paroi abdominale (marsupialisation). Prolongeant mon incision par en haut, j'incise le kyste hépatique et le fixe également à la paroi abdominale. Les suites de l'opération ont été des plus simples : le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri. L'intérêt de ce cas se tire non de la multiplicité des hystes, quoique le fait ne soit pas très fréquent, mais surtout du siège d'un des kystes dans l'organe rétro-vésical, de son traitement et de sa guérison par la laparotomie et la suture de la poche à la paroi abdominale.

M. Poncet (Lyon). — Il n'est pas rare que dans les cas de ce genre, sur lesquels mon élève, M. Monéger a fait sa thèse (1), les kystes soient situés dans le tissu sous-péritonéal; l'intervention est très difficile dans les cas de ce genre et la laparotomie n'est pas toujours bénigne. J'ai observé deux femmes chez lesquelles les tentatives d'extirpation ont été mortelles.

M. Demons (Bordeaux) a récemment eu un succès en drainant à la paroi, après la laparotomie, une poche hydatique du petit bassin.

M. Villar. — C'est précisément à cause de ces difficultés et de ces dangers de l'extirpation que j'ai fait le simple drainage par marsupialisation de la poche.

Plan incliné et laparotomies.

M. le Dr H. Delagenière (du Mans). — Depuis le 18 novembre 1890 (2), époque à laquelle j'ai adopté le plan incliné à 45°, j'ai fait 102 opérations abdominales en inclinant ainsi les malades. Ces opérations me permettent de tirer les conclusions suivantes. A un point de vue général, l'ouverture de la paroi pourra toujours être plus petite que si on opérait dans le décubitus; les anses intestinales ne gêneront pas l'opérateur et se retireront d'elles-mêmes, après avoir été détachées de leurs adhérences, dans la cavité abdominale; l'intervention se fera à ciel ouvert, enfin le nettoyage de la cavité de Douglas et la fermeture de la paroi se feront avec beaucoup plus de sécurité. A un point de vue plus spécial, les laparotomies exploratrices sont facilitées lorsque l'exploration doit porter sur les organes pelviens. Les laparotomies pour péritonites tuberculeuses permettent d'agir plus facilement lorsqu'il y a une intervention consécutive. Les salpingo-oophorectomies simples se font pour ainsi dire hors du ventre, l'utérus et les annexes se présentant d'eux-mêmes entre les lèvres de l'incision. La fixation de l'utérus à la paroi est aussi simplifiée. Dans l'opération d'Hégar, la recherche des annexes est plus facile. Les interventions pour les tumeurs volumineuses de l'ovaire et de l'utérus tirent aussi un grand bénéfice de la méthode, mais c'est surtout dans les cas de suppurations pelviennes et d'hystérectomies abdominales totales que le plan incliné est indiqué ; dans le premier cas, il permet l'isolement facile des anses intestinales qui sont refoulées vers le diaphragme où on les protège facilement; dans le second cas, il permet d'enlever le col de l'utérus, de sectionner facilement et sûrement le vagin, d'assurer parfaitement l'hémostase; enfin de fermer complètement le péritoine pelvien. Dans la taille hypogastrique, il permet de ne pas avoir recours au ballon rectal, ni aux appareils d'éclairage électrique. On voit et on explore facilement le bas-fond de la vessie et le col vésical.

Marcel Baudouin.

Séance du 4 avril (soir). — Présidence de M. Lannelongue

Discussion sur le traitement des fibromes utérins.

M. Koeberlé (de Paris) fait un exposé de la question qui, à cause de sa grande complexité, ne pourra sans doute être encore résolue. Il fait un tableau rapide des complications sans nombre qui font des malades, comme on dit en Allemagne, des « matières à opérations », car celles que l'on guérit par une intervention sont très satisfaites, tandis que celles qui meurent ne peuvent plus se plaindre. Il termine en faisant remarquer la différence du pronostic et de la facilité des interventions chirurgicales dans les cas où la tumeur siège au fond de l'utérus et dans ceux où elles s'enclavent dans le petit bassin ou se développent dans le ligament large.

M. Péan (Paris) raconte comment, au début de sa carrière chirurgicale, il fut détrompé sur la réputation de bénignité donnée aux fibromes utérins. Il fait remarquer que les mauvais résultats des hystérectomies abdominales, exécutées sur des malades abandonnées par les autres chirurgiens, n'étaient guère pour l'encourager. Cependant il obtint de bons résultats en perfectionnant le manuel opératoire et, ce qui était facile à prévoir, en opérant de bonne heure et par voie vaginale. Tandis qu'il était interne de Nélaton, il essayait d'enlever par morcellement, avec une pince construite par Mathieu père, les tumeurs sous-muqueuses faisant saillie dans le vagin ; il dut plusieurs fois fendre transversalement les lèvres du col, le dilater pour reconnaître les tumeurs multiples dans la cavité utérine, qu'il extirpait ensuite. L'ablation de nombreuses tumeurs causant parfois dans l'utérus de trop grands délabrements, il songea alors à extirper l'organe tout entier et il appliqua à ces cas l'hystérectomie vaginale totale, qui avait été déjà appliquée au cancer utérin, opération qu'il fit pour la première fois à Paris en 1882. Il généralisa depuis sa méthode, qu'il a exécutée 300 fois environ avec 98 pour 100 de succès. Il passe en revue les diverses complications et maladies intercurrentes dont étaient atteintes les malades qu'il a opérées. Il insiste sur les altérations des annexes, l'inutilité des méthodes médicales, la nécessité de l'intervention hâtive du chirurgien que ses élèves, Vautrin et Secheyron, ont exposée dans leurs thèses. Il fait remarquer que, avant 1886, il avait 20 pour 100 d'insuccès qu'il a réduit depuis à 10 pour 100 dans les opérations de tumeurs fibro-kystiques. Il attribue ce résultat à sa méthode opératoire et au pincement des ligaments larges.

M. Doyen (de Reims) fait remarquer la fréquence assez grande des dégénérescences cancéreuses et sarcomateuses des fibromes. Son avis, dans la discussion du mode d'intervention des fibromes, est que toutes les fois qu'on le peut, il faut enlever les tumeurs fibreuses par le vagin. Il expose des procédés opératoires qui lui sont personnels et qui constituent un progrès notable sur les procédés de M. Péan. Il ne veut pas discuter les questions de priorité, bien que ses premières opérations datent de 1887 et aient été faites avant la publication, en 1890, de celles de M. Péan, qu'il ignorait alors complètement. Les points particuliers de son procédé sont : la saisie latérale du col pour abaisser l'utérus ; l'ouverture des culs-de-sac permettant l'exploration complète du petit bassin avec le doigt, la méthode d'extirpation de la tumeur sans détruire le col et d'une façon complètement différente du morcellement de M. Péan, enfin l'emploi d'un nombre très restreint de pinces. Il fait la critique du procédé de M. Péan, de l'hémostase préventive appliquée pour la première fois par Spencer Wells et par M. Richelot, en France, avant M. Péan. Il fait remarquer que cette hémostase ne sert à rien, car il n'y a pas d'hémorrhagie à craindre et qu'il ne voit pas l'utilité de 150 pinces hémostatiques dans le vagin, gênant l'opérateur, quand il n'y a pas d'hémorrhagie à craindre. Sur 33 cas, auxquels il a appliqué son procédé, il n'a eu qu'un décès.

M. Péan réplique qu'il est très satisfait de voir les jeunes chirurgiens perfectionner ses procédés. Il refuse à Spencer

(1) Voir *Arch. Prov. Chir.*, 1892.
(2) Voir *Progr. méd.*, 1891.

Wells la priorité de l'hémostase préventive et prétend que les pinces abandonnées n'ont jamais causé d'accidents.

M. BOUILLY, en entrant dans la discussion, prétend que les statistiques sont faussées par les indications opératoires qui varient avec les chirurgiens. Son avis est que l'on doit diviser en catégories les tumeurs fibreuses. Celles qui, selon lui, nécessitent l'intervention chirurgicale sont : 1° les tumeurs à évolution rapide ; 2° celles qui, ayant évolué, ont acquis un développement considérable ; 3° celles qui causent des compressions ; 4° qui amènent des hémorrhagies ; 5° qui sont douloureuses ; 6° dégénérées, sphacélées, etc. ; 7° qui s'accompagnent d'ascite ; 8° qui font saillie dans l'utérus ou le vagin ; enfin 9° les tumeurs fibreuses qui subissent la transformation épithéliale ou sarcomateuse. Mais quelles seront les indications du mode d'intervention ? Très souvent, il en est convaincu, l'ablation des annexes, arrêtant le développement des tumeurs ou amenant leur atrophie, suffit et donne d'excellents résultats. Il résume les indications de ce genre d'intervention. Les hémorrhagies continuelles ou, après la ménopause, l'hydrorrhée, les signes d'invasion de la cavité, l'étude des douleurs dues souvent à l'altération des annexes, sont des contre-indications à l'ablation des annexes. Pour que cette dernière opération soit bonne, il faut qu'elle soit facile, et elle l'est quand la tumeur est petite ou moyenne, c'est-à-dire quand elle ne dépasse pas la moitié de la distance du pubis à l'ombilic. M. Bouilly donne encore des conseils sur la recherche des annexes et la manière de les pédiculiser et il appuie sa communication des résultats qu'il a obtenus : sur 26 malades opérées, il eut 18 succès maintenus durant plusieurs années, 3 décès dont un d'asystolie et un de pneumonie infectieuse, 2 fois il ne put enlever les annexes que d'un seul côté ; il n'eut qu'une seule fois un insuccès com[illegible]. La réduction de la tumeur, sa disp[illegible] [illegible] est petite, survient rapidement et cette constatation au toucher dans les cas de tumeurs fibreuses enclavées est des plus démonstratives.

M. POZZI, autrefois de l'avis de M. Bouilly, a changé d'opinion depuis l'application de l'hystérectomie vaginale. L'ablation des annexes est parfois insuffisante et difficile ; il cite, à ce sujet, un cas où il y avait compression des uretères ; il termine en relatant une observation où des fibromes multiples causaient une compression du rectum ; il obtient de bons résultats en redressant l'utérus et en le maintenant par une sorte d'hystéropexie.

M. RICHELOT expose les procédés de traitement qu'il a mis en usage. La castration ovarienne a sa valeur, mais elle est réduite actuellement au deuxième plan et, depuis 18.1, il ne la fait plus. Il n'insistera pas sur l'énucléation ; restent les hystérectomies vaginale et abdominale. Depuis 1891, époque à laquelle Segond mit en pratique le morcellement, il employa la première sur 34 malades et n'eut à déplorer qu'un décès. Dans cette intervention, le péritoine est peu lésé, il y a peu de chances d'infection et les malades n'offrent pas l'aspect de grands opérés.

Il expose ensuite son procédé d'hystérectomie abdominale, qui, dit-il, n'a rien d'absolument personnel, mais dans lequel il taille un lambeau péritonéal, substitue une ligature à la soie à une ligature élastique temporaire et cautérise le moignon du pédicule au thermocautère, suturant ensuite au-dessus les lambeaux péritonéaux. Ainsi faite, l'hystérectomie abdominale n'a pas un pronostic plus grave que l'ovariotomie. Sur 21 opérées, il n'y a eu que 2 décès ; dans un de ces derniers, la malade, albuminurique, avait de la péritonite tuberculeuse ; dans l'autre, il constata un abcès sous-cutané, mais sans suppuration du pédicule. Il eut une fois une suppuration du pédicule, mais sans envahissement du péritoine ; ce qu'il attribue à ce qu'il ne cautérisa pas cette fois le moignon ; la malade guérit néanmoins.

M. REYNIER passe en revue les moyens médicaux qui, pas plus que l'électricité, ne lui donnèrent de succès. Depuis 1890, il est devenu plus audacieux, et sur 26 interventions il n'a eu qu'un décès ; il a fait 1 fois l'opération de Battey, 3 fois avec succès, une fois avec une simple amélioration. Les hystérectomies vaginales qu'il a opérées le furent selon des procédés mixtes, car le plus souvent le chirurgien est obligé de faire comme il peut. Quand la tumeur est volumineuse, qu'elle dépasse le volume d'une tête de fœtus, il préfère la laparotomie et conseille le procédé avec pédicule extra-abdominal, qui est moins brillant pour le chirurgien, mais plus utile pour la malade.

M. Jules BOECKEL (de Strasbourg) expose aussi les résultats qu'il a obtenu en employant ces diverses méthodes opératoires.

M. QUEIREL (de Marseille) cite une opération secondaire faite après récidive ; il est d'avis de f[illegible]e des opérations radicales à cause des adhérences péritonéales que provoquent les récidives.

M. H. DELAGÉNIÈRE (du Mans) avait d'abord considéré l'hystérectomie abdominale comme la ressource ultime et avait pratiqué l'opération d'Hégar et l'énucléation par morcellement ; or l'hystérectomie abdominale lui a donné 80 0/0 de succès, tandis que les autres interventions ne lui donnèrent que 70 0/0. Il adopte actuellement les conclusions suivantes : 1° L'hystérectomie abdominale est l'opération de choix pour les tumeurs fibreuses qui dépassent l'ombilic. 2° La castration ou opération d'Hégar est l'opération de choix chez les femmes jeunes pour les petites tumeurs, quand le symptôme prédominant est l'hémorrhagie. 3° L'énucléation par morcellement est indiquée dans les cas de petites tumeurs sous-muqueuses, elle devra se compléter de l'hystérectomie vaginale, si la cavité est anfractueuse et difficile à drainer. 4° Tous les cas qui ne rentrent pas dans ces catégories très nettes seront susceptibles de l'hystérectomie abdominale. La fixation extérieure du pédicule ou sa réduction ne donnent lieu qu'à de médiocres résultats ; l'*hystérie abdominale totale* est, de l'avis de M. Delagénière, l'opération de l'avenir. Il considère l'électrisation comme inutile et même nuisi[illegible] [illegible]sible.

J. NOIR.

Séance du mercredi matin 5 avril 1893.

PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. Paul DELAGÉNIÈRE (de Tours). — Jusqu'à présent, l'*absence congénitale du rectum* a été presque sans exception toujours fatale. En faisant l'autopsie de 6 enfants atteints de cette affection, nous avons vu le cul-de-sac terminal muni le plus souvent d'un pédicule cellulo-vasculaire qui le rendait mobile. Nous appuyant sur cette donnée anatomique, nous avons, dans deux cas, essayé de découvrir ce cul-de-sac, qui répond d'ordinaire à l'articulation sacro-iliaque gauche, et nous avons fait la laparotomie de ce côté et parallèle au pli de l'aine.

Dans un cas, à travers le périnée incisé, nous avons pu amener l'intestin jusqu'à la peau et faire un anus normalement situé ; l'enfant semblait guéri, quand il succomba le 7[e] jour à une broncho-pneumonie. Chez le deuxième enfant, il nous fut impossible d'abaisser l'intestin dépourvu de pédicule.

Nous pouvons donc conclure que : 1° Le nouveau-né supporte assez facilement la laparotomie, même prolongée ; 2° On peut espérer par le procédé que nous avons indiqué arriver à sauver un assez grand nombre d'enfants, chez lesquels manque le rectum, alors que c'est l'exception maintenant, d'autant qu'après la laparotomie, la création d'un anus contre nature restera comme dernière ressource.

M. le Dr TÉMOIN (de Bourges) expose l'observation d'un enfant à qui il enleva un *fibrome de la paroi abdominale* du poids de 1,400 grammes.

(*A suivre*). J. NOIR.

Séance du mercredi soir 5 avril (2 heures).

Le traitement des affections tuberculeuses du pied.

M. A. REVERDIN (de Genève). — *Tarsectomie postérieure.* — M. Reverdin a exposé un procédé de tarsectomie postérieure en 1885 et il en a relaté les résultats au Congrès de 1892. A la période initiale de la tuberculose du tarse on doit recourir aux différents modes de traitement, sans intervention sanglante, mais, à la période des abcès et fistules, les demi-interventions, comme le curettage, sont absolument insuffisantes et c'est à cette période que la tarsectomie postérieure peut rendre de grands services. L'incision latérale et la section de tendons péroniens permettent d'atteindre non seulement l'astragale

mais encore le calcanéum et les malléoles. Pour l'extirpation de l'astragale, M. Reverdin a fait construire un davier spécial qui permet de saisir solidement cet os par sa face inférieure et supérieure. Pour extirper le cuboïde et les os du tarse antérieur il suffit de prolonger l'incision latérale en avant. L'extirpation de l'astragale ne détermine pas de gêne fonctionnelle. La résection est suivie d'une cautérisation au thermocautère et d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Puis la plaie est suturée partiellement. Sur 20 tarsectomies, 16 ont été pratiquées pour des ostéo-arthrites avec fistules ou collections liquides. Le résultat a été parfait dans 9 cas et la guérison est complète à l'heure actuelle; 2 fois il a fallu faire ultérieurement un curettage de la région. Enfin dans 5 cas le mieux est survenu par suite d'autres localisations bacillaires. Au point de vue fonctionnel les résultats ont été bons excepté dans 2 cas. On observe aussi fréquemment une tendance aux varices et on a accusé la section des tendons péroniens. En réalité la section tendineuse n'y est pour rien, car on observe cette même déviation du pied dans les cas où les tendons n'ont pas été sectionnés, ou dans les cas où on en a fait la suture. En somme l'opération est simple et rapide; elle permet d'atteindre le tarse entier et de le réséquer dans sa totalité.

M. Le Dentu (Paris). — *Des implantations d'os décalcifié dans le traitement des tuberculoses du pied.* — La méthode d'implantation d'os décalcifié n'est pas nouvelle, mais son application au traitement de la tuberculose du pied n'a pas encore été signalée. Dans un cas de tuberculose de l'extrémité inférieure du tibia, l'implantation d'un fragment d'os décalcifié de 7 cent. a donné un excellent résultat, ce qui a conduit M. Le Dentu à appliquer cette méthode à une tuberculose du tarse. L'astragale, le calcanéum et le scaphoïde avaient été extirpés, le scaphoïde et les cunéiformes en partie réséqués. M. Le Dentu les remplace par 3 fragments d'os décalcifiés dont un postérieur placé dans la direction du calcanéum. Suture complète de la plaie et drainage. Suites opératoires simples. 4 mois après l'opération, le pied était à peu près reconstitué et l'on sentait des parties dures au niveau des fragments implantés. Depuis lors le malade n'a eu qu'un petit abcès tuberculeux superficiel qui a d'ailleurs guéri rapidement. Le pied est très solide et le résultat est des plus encourageants. Il y a lieu par conséquent de tenter l'implantation de fragments osseux décalcifiés dans les cas de tuberculose du pied si toutefois les sujets sont jeunes et n'ont pas dépassé la quarantaine. Pour M. Le Dentu cette méthode est préférable au tamponnement à la gaze iodoformée, elle permet en effet la réunion complète des lèvres de la plaie et la reproduction de l'os est plus rapide.

M. Poncet (de Lyon). — La tuberculose du pied doit, dès qu'elle est soupçonnée, être traitée par les moyens chirurgicaux. Si le diagnostic est douteux, il est indiqué de faire une incision exploratrice. Si le sujet a dépassé 40 ans, et s'il s'agit d'une tuberculose ancienne, il est préférable de faire l'amputation du pied. De 15 à 30 ans, on fera, suivant l'étendue et la localisation des lésions, la tarsectomie antérieure ou postérieure. Au-dessous de 15 ans, l'évidement et le curettage suivis de cautérisations peuvent suffire si les lésions sont limitées au tarse antérieur. Si c'est le tarse postérieur qui est atteint, on pratiquera la tarsectomie postérieure.

M. Polosson (de Lyon). — Au point de vue de la localisation des lésions tuberculeuses dans le tarse antérieur, on peut considérer deux massifs, l'un constitué par le cuboïde, l'autre par le scaphoïde et les cunéiformes. Lorsque le massif externe seul est pris, on peut se borner à faire la tarsectomie antérieure externe. Mais si le processus tuberculeux est localisé au massif interne, il faudra recourir à la tarsectomie antérieure complète, la présence du cuboïde, même sain, déterminant une gêne fonctionnelle. Dans deux cas d'ostéo-arthrite tibio-tarsienne, on a obtenu d'assez bons résultats par la désarticulation tibio-tarsienne avec conservation du périoste calcanéen.

M. Villar (de Bordeaux) rapporte une observation de tuberculose étendue du pied où il a obtenu un bon résultat en pratiquant la résection à peu près totale du tarse et du métatarse.

M. Campenon (de Paris) a traité 13 cas de tuberculose du pied. Dans 3 cas où la tuberculose était au début, l'immobilisation et la compression pures et simples ont suffi pour amener la guérison. Dans les cas où il existait des suppurations et des fistules, il a eu recours à l'évidement large et aux cautérisations au fer rouge. Dans 1 cas où l'interligne de Lisfranc était envahi, le curettage a été insuffisant et il fallut dans la suite faire la désarticulation tibio-tarsienne. M. Campenon croit que, dans ces cas, il faut, d'emblée, recourir à la désarticulation ou à l'amputation.

M. le Dr Phocas (de Lille). — Les tuberculoses du pied affectent des formes différentes et il n'y a pas de comparaison à établir entre une tuberculose du pied, lente dans son évolution qui peut durer plusieurs années, et une autre qui marche avec une grande rapidité et nécessite l'amputation. On ne saurait donc donner une formule thérapeutique identique pour toutes les tuberculoses du pied. On peut seulement discuter les indications de l'immobilisation et de la compression, qui parviennent souvent à enrayer les tuberculoses du pied chez l'enfant, celles des injections modificatrices et de la méthode sclérogène qui fut employée 4 fois avec de bons résultats. Quant aux opérations chirurgicales qui sont souvent nécessaires, elles sont aussi variables. Deux fois le grattage de l'os, suivi de la cautérisation au thermocautère, a donné de bons résultats chez les tout jeunes enfants. Chez les enfants plus âgés, les résections sont préférables. La tarsectomie a été pratiquée 3 fois et a donné des résultats satisfaisants.

M. le Dr Moty (de Paris) rapporte deux observations de tuberculose du pied traitées par l'amputation.

M. Potherat présente le moulage d'un moignon obtenu par l'amputation du pied, suivant le procédé de Syme, dans un cas de tuberculose du pied. Morax.

M. Ollier (de Lyon). — Dans le traitement des tuberculoses du pied, M. Ollier préconise l'ablation totale de l'astragale. Ce procédé est bien supérieur, dit-il, à tous les autres. Il n'est pas arrivé d'emblée à l'adopter: au début, M. Ollier se contentait de faire la tunnélisation de l'astragale. Il employait pour cela le fer rouge, et tâchait de détruire de son mieux les foyers tuberculeux. Mais cette destruction n'était jamais complète, aussi la récidive se faisait-elle très souvent. De plus, l'astragale tunnélisée se soudait parfois avec la mortaise péronéo-tibiale, donnant ainsi lieu à une ankylose du cou-de-pied. L'astragalectomie est une opération délicate, difficile à bien exécuter. Elle est surtout fort laborieuse. Il faut avant tout ne point se presser, et retirer l'astragale méthodiquement. Les ligaments doivent être désinsérés avec le plus grand soin à l'aide de la rugine, et il ne faut point oublier que les insertions de ces ligaments ne sont pas constantes. Il faut être mis en garde contre un temps particulier de l'opération, qui, s'il est mal exécuté, remet tout en question. Il s'agit de l'enlèvement de la partie postérieure de l'os. Il arrive fréquemment qu'on arrache cette partie postérieure au lieu de la désinsérer. Il reste de la sorte des parcelles osseuses adhérentes aux tissus voisins, et si ces parcelles sont tuberculeuses, elles deviennent le point de départ d'un nouveau foyer infectieux.

On ne doit point se borner à l'extirpation simple de l'os. Il faut visiter minutieusement les parties voisines, ouvrir les gaines, porter le fer rouge un peu partout pour être sûr de ne rien laisser derrière soi. Cette expérience est applicable à peu près dans tous les cas. Au point de vue de l'âge on ne saurait poser de règles précises. Tout dépend de la résistance physiologique du sujet.

Il est à remarquer que dans certains cas où l'amputation paraissait indispensable, l'astragalectomie a pu être pratiquée parce qu'on a eu le soin, en face d'une tuberculose du pied de ne pas prendre de décision trop rapide. Il est avantageux d'observer son malade un certain temps, de le bien nourrir, de le remonter avant de prendre le bistouri.

Les résultats sont d'habitude excellents, et il est de règle de voir après l'ablation de l'astragale une nouvelle articulation tibio-tarsienne se reformer, et le malade retrouve la liberté de ses mouvements. Il y a nécessairement un certain degré de raccourcissement, mais on obvie très aisément à cet inconvénient par le port d'un petit appareil prothétique.

M. Coudray (de Paris). — J'ai appliqué la méthode scléro-

gène de M. Lannelongue à *seize* cas de tuberculose du pied. Sur *sept* cas d'ostéo-arthrite du cou-de-pied, un relatif à une femme de trente-cinq ans, atteinte d'ostéo-arthrite non suppurée, s'est terminé par une sclérose ; la guérison est confirmée depuis dix mois. Les six autres faits sont relatifs à des cas anciens et suppurés, trois sans fistule, trois avec fistule. Dans un cas, il s'agissait d'un homme de trente-six ans, menacé d'une amputation ; les piqûres faites donnèrent naissance, en quelques jours, à des foyers fluctuants qui permirent de guider l'intervention ; je fis un évidement de la malléole externe et de l'interne, un drainage rétro-malléolaire externe. Le malade est guéri depuis quatorze mois. Les cinq autres cas ont été observés chez des enfants de deux à six ans. Quatre fois sur ces cinq cas je fus conduit à extirper l'astragale raréfié, carié. Tous ces malades sont guéris depuis plus d'un an et marchent très bien. Dans le 5e cas, je fis cette extirpation de l'astragale et consécutivement je dus pratiquer un grattage et évidement du calcanéum. Sept cas de tuberculose du tarse et du métatarse étaient anciens. L'un, relatif à une femme de vingt-deux ans, atteinte depuis deux ans d'une ostéite de la deuxième rangée du tarse et de l'extrémité postérieure des métatarsiens, s'est terminé par sclérose à la suite d'une seule injection. La guérison est confirmée depuis plus d'un an. Un second cas est celui d'un homme de quarante et un ans traité depuis 1876. Le malade présentait une fistule tarsienne externe ; les piqûres faites, on pratiqua au bout de trois semaines l'évidement du cuboïde, de l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien et le grattage des fongosités dans la gaine du long péronier latéral. La guérison est confirmée depuis un an et demi. Les cinq autres cas ont été observés chez des enfants de deux à quatorze ans : l'un est encore en traitement et les autres sont guéris depuis peu de temps.

Séance du vendredi matin 7 avril (9 heures).

PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

MM. TERRIER et HARTMANN. — *Remarques cliniques, anatomiques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines. Suites immédiates et éloignées de l'opération.* — Les 59 cas qui servent de base à cette étude constituent la série complète des malades chez lesquelles on a pratiqué la laparotomie pour des lésions indiscutablement suppurées. 24 fois la collection suppurée était bilatérale ; 16 fois elle a siégé à droite et 16 fois à gauche. Sur 32 cas où la suppuration était unilatérale, 6 fois seulement, les annexes du côté opposé étaient saines. Quant au siège exact des lésions, il a été précisé 47 fois. Dans 1 cas il s'agissait d'une suppuration enkystée intra-péritonéale ouverte dans le rectum ; dans 42 faits, de foyers manifestement tubaires ; dans [illegible] cas, de foyers exclusivement ovariens. Dans 1 seul cas il existait une pelvipéritonite à loges suppurées multiples. Dans 17 cas la suppuration tubaire était localisée au pavillon, formant une collection tubo-ovarienne dans 7 cas, tubo-intestinale dans [illegible] cas. Les parties du tube intestinal adhérentes à la trompe ont été 3 fois l'anse omega, 4 fois le cæcum ou des anses d'intestin grêle, 3 fois des anses de l'intestin grêle. Ces faits expliquent la non ouverture possible d'un abcès par l'hystérectomie ; ils montrent aussi que ces suppurations périutérines peuvent s'ouvrir dans des portions d'intestin plus élevées que le rectum et que l'évacuation d'un abcès par l'anus n'est pas le moins du monde synonyme d'ouverture d'un abcès dans le rectum. Au point de vue opératoire, la malade est placée dans la position inclinée, le bassin élevé. Cette position facilite beaucoup l'intervention en permettant de mieux voir ce que l'on fait. Les adhérences sont détachées avec l'ongle, mais aussi avec le bistouri ou les ciseaux. S'il se produit des déchirures intestinales s'il existe une perforation, on cherche à en faire la suture avec une petite aiguille de Reverdin et de la soie fine. Le drainage a été pratiqué dans 43 cas à l'aide de gros drains de caoutchouc. La durée du drainage est en moyenne d'une dizaine de jours. Le foyer mettant en rapport les uns avec les autres les parties mises à nu par la décortication est limité autant que possible en ramenant jusqu'à son niveau l'épiploon, que l'on peut au besoin fixer par quelques points de suture et qui protège ainsi les anses intestinales et les sépare du foyer traumatique. Les pédicules sont liés avec un double fil de soie, puis désinfectés avec le sublimé et touchés au thermocautère. Dans certains cas où la soie coupait le pédicule trop friable, on a laissé une pince à pression à demeure que l'on a retirée après 48 heures. Dans quelques cas on a eu recours, pour mieux explorer le fond de l'excavation, à un éclairage direct par une lampe électrique contenue dans une gaine stérilisée.

Pour refermer l'abdomen, on a fait depuis 1890 la suture à 3 étages, la suture à un seul plan ayant été suivie dans quelques cas d'éventration. Le pansement consiste en une compresse stérilisée, de l'ouate stérilisée et une ceinture de flanelle. Ces 59 cas ont donné 7 morts, sur une mortalité générale de 11,86 0/0. Mais, en réalité, la mortalité n'est que de 5,71 0/0 pour les opérations de 1891 et 1892, c'est-à-dire depuis que l'on a systématiquement cherché à opérer sans le contrôle de la vue. En comparant ces chiffres à ceux que donne l'hystérectomie vaginale, on voit qu'ils sont bien supérieurs. D'après la statistique de M. Segond, sur 102 cas d'hystérectomie, dont 55 seulement étaient suppurés, il y eut 11 morts, quant aux résultats éloignés, ils ont été en somme excellents. Sur 59 cas, 43 malades n'ont plus souffert depuis l'opération, 2 souffrent encore, 2 ont de petites douleurs de temps à autre, aucune n'est immobilisée. Les 13 autres malades n'ont pas été revues. Le seul inconvénient constaté est la persistance, dans quelques cas, sinon d'une fistule pyostercorale, tout au moins d'une fistulette stercorale. Dans les suppurations salpingo-ovariennes, la laparotomie donne des résultats éloignés parfaits et comme sa gravité est moindre, comme elle permet dans un certain nombre de cas de conserver, sans accident, les annexes d'un côté, elle est bien manifestement supérieure à l'hystérectomie, car le fait d'éviter une cicatrice abdominale n'est pas un fait suffisant pour permettre à un chirurgien d'augmenter les risques de mort de son opérée. L'hystérectomie vaginale mérite cependant d'être conservée ; elle est indiquée dans les suppurations, d'ailleurs rares, qui occupent des deux côtés le tissu cellulaire péri-utérin ; elle l'est aussi dans certaines pelvi-péritonites à loges multiples, heureusement exceptionnelles (1 cas sur 59).

M. BROCA (Paris). — Je ne veux pas insister ici sur les indications générales de la laparotomie dans les suppurations pelviennes, sur le parallèle avec l'hystérectomie vaginale : je ne saurais que répéter ce que vient de dire mon maître M. Terrier, à l'école duquel j'ai appris tout ce que je sais en chirurgie abdominale. Mais pour apporter ma contribution au débat, je relaterai les opérations pour suppurations pelviennes que j'ai pratiquées à l'hôpital Bichat pendant les périodes où j'ai eu l'honneur d'y suppléer M. Terrier.

Mes laparotomies sont au nombre de neuf, et elles se décomposent en : un drainage de la poche, huit extirpations menées à bien avec un décès.

Le cas où j'ai dû me contenter de drainer la poche pourrait être compté en faveur de l'hystérectomie. Je ne crois pas toutefois qu'il doive en être ainsi. Il est relatif à la première salpingite — suppurée ou non — que j'ai opérée, et pour mes débuts je suis tombé sur un cas tout particulièrement difficile, avec poche incluse dans le ligament large. J'ai essayé de décortiquer, avec quelques fautes dont je me rends compte maintenant, et constatant que j'allais, vu mon inexpérience, à un échec presque certain, j'ai préféré m'en tenir à l'acte dont je me sentais sûr, à la marsupialisation de la poche. Je pense que j'ai bien fait, et la malade a guéri ; son état a été amélioré très nettement, mais les douleurs n'ont pas radicalement cessé. Si j'analyse maintenant mon décès, le seul de la série, je constate que la mort y a été produite par une péritonite d'origine intestinale, une plaque noire existant sur le cæcum, en un point où j'avais rompu des adhérences. Peut-être l'aurais-je évitée si j'avais suturé, tout comme si elle était pénétrante, cette déchirure des tuniques externes. En tout cas, instruit par cet échec, j'ai depuis cette époque examiné toujours avec grande attention les anses intestinales que j'avais libérées : chez trois malades j'ai ainsi fait des entérorrhaphies, dont une pour une large déchirure complète, et toutes les trois ont parfaitement guéri, sans fistule stercorale. La seule fistule stercorale que j'aie observée est relative à une femme dont je n'ai pas pu surveiller moi-même les pansements et chez qui on a laissé séjourner pendant quatre mois une mèche iodoformée : après son extraction,

des matières fécales ont passé par la fistule, mais pendant quelques jours seulement.

Ce qui est plus fréquent, ce sont les fistules entretenues par le fil du pédicule. Mais au bout de quelque temps, avec de la patience et parfois avec une tige de laminaire, le fil s'élimine et la guérison est radicale. Cela m'est arrivé deux fois. Mes opérées ont été revues au moins quatre mois après l'opération et leur santé reste parfaite ; plusieurs ont été examinés localement et le palper bimanuel a démontré la souplesse de tous les organes et tissus du petit bassin. Si pour moi la laparotomie est l'opération de choix pour toutes les poches énucléables (trompes ou ovaires), je n'en suis pas partisan pour les pelvi-péritonites avec abcès du cul-de-sac de Douglas. Je l'ai faite une fois dans ces conditions, au début de ma pratique, et ma malade est morte. Il y a quelque temps je me suis retrouvé en face d'un cas de ce genre que j'ai traité avec plein succès par l'incision du cul-de-sac postérieur sur la ligne médiane. Il existe enfin des suppurations du tissu conjonctif péri-utérin, et si parfois elles se collectent en un abcès qu'on ouvre là où il pointe, dans d'autres cas elles forment des périmétrites diffuses. Dans un cas de ce genre, consécutif à un accouchement récent, j'ai fait l'hystérectomie vaginale, et si en morcelant l'utérus j'ai réussi à ouvrir l'intestin, je suis bien certain que j'ai aissé dans le bassin bien des poches purulentes. A part la fistule stercorale que j'ai créée, l'état de la malade n'a pas été modifié par mon intervention, et elle a succombé environ trois semaines après, à la continuation des accidents. L'autopsie a été impossible. Je n'en tire d'ailleurs pas argument contre l'hystérectomie, que je considère encore, malgré ses difficultés et son échec, comme étant dans l'espèce la seule méthode possible.

M. Boiffin (de Nantes) est intervenu dans 14 cas de suppuration pelvienne, 8 fois par la laparotomie, 2 fois par des incisions vaginales simples et 4 fois par l'hystérectomie. Les lésions suppurées siégeaient dans la majorité des cas au niveau des trompes, 2 fois il existait des adhérences des annexes avec l'intestin grêle, 1 fois il existait un abcès avec diverticule dans la fosse iliaque, qui certainement n'avait pas pu être ouvert par l'hystérectomie et que la laparotomie a permis d'atteindre facilement. La laparotomie est donc préférable parce que dans la majorité des cas elle permet d'enlever les organes malades.

M. Delagénière (du Mans) a 8 nouveaux cas à ajouter aux 18 observations communiquées au Congrès de Bruxelles. Dans ces 8 cas où des lésions suppurées étaient comparables, il a pratiqué 4 fois la laparotomie et 4 fois l'hystérectomie vaginale. Tandis que les 4 malades laparotomisés ont guéri, les 4 cas d'hystérectomie ont été suivis de mort soit immédiatement, soit quelques mois après l'intervention. En somme sur les 22 cas de laparotomie il n'y a eu qu'une mort et les résultats éloignés de ces laparotomies sont excellents; sur 16 malades revus dernièrement, 13 sont complètement guéris. La voie abdominale paraît beaucoup plus sûre que la voie vaginale.

M. Pozzi (de Paris). — Pendant ces deux dernières années, février 1891 à février 93, il a été pratiqué à Lourcine par le Dr Piqué et le Dr Pozzi, 162 laparotomies avec 2,53 0/0 de mortalité, savoir : Dans 99 cas de lésions relatives non suppurées, la guérison a été complète et il n'y a pas eu de décès. Sur 63 cas de lésions suppurées, dont plusieurs très graves, la mortalité a été de 6,34 0/0 (59 guérisons, 4 morts). En somme 9 résultats sont supérieurs à l'hystérectomie. Quant au procédé opératoire il diffère un peu de celui du Dr Terrier. M. Pozzi préfère les petites incisions (5 centimètres), la position horizontale. Le toucher suffit à reconnaître et délimiter les adhérences et il est souvent préférable à la vue. Une seule fois il s'est produit dans la rupture des adhérences une déchirure de l'intestin. Lorsque par exception il est nécessaire de voir ce que l'on fait, M. Pozzi fait soulever le malade par deux aides, de manière à réaliser temporairement le plan incliné. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on recourt au drainage dans les cas où l'hémostase n'est pas complète ou lorsqu'il existe des suppurations du petit bassin. Lorsque dans le cours de l'opération, la partie purulente se rompt, M. Pozzi fait un lavage du péritoine à l'eau salée.

La paroi abdominale est suturée sur trois plans ; si la laparotomie donne dans la majorité de ces cas de très bons résultats, l'hystérectomie reste indiquée dans les cas où il existe une suppuration diffuse et ancienne périutérime, s'il n'existe pas de poche énucléable et aussi si l'utérus friable fait partie de la poche. Une autre indication rare c'est celle des adhérences très anciennes ou très étendues des annexes de l'utérus ou enfin la persistance de masses inflammatoires après la laparotomie. Mais si l'hystérectomie donne une ressource après la laparotomie, l'inverse est aussi vrai et M. Pozzi a eu l'occasion de recourir à la laparotomie chez une malade hystérectomisée ayant conservé un trajet fistuleux. — En somme la laparotomie et l'hystérectomie sont deux armes très utiles, mais celle-ci doit rester une arme d'exception.

M. Michaux (de Paris) a pratiqué 25 hystérectomies et n'a eu que deux morts dont l'une chez une malade atteinte de néphrite. En l'absence des défoncements de la voie vaginale, M. Michaux vient de me présenter les résultats statistiques consignés dans la thèse de Lafourcade. Sur 375 cas de suppurations pelviennes traitées par l'hystérectomie par différents opérateurs, il y a eu une mortalité de 34 malades. Dans 393 cas de laparotomie faite dans les mêmes conditions il y eut 58 morts.

M. Lannelongue invite le Congrès à venir examiner une trentaine de malades traités avec succès par la méthode sclérogène.

M. le Dr Ménard (Brest). — *Déformations du pied consécutives aux opérations pratiquées sur le premier métatarsien et ses articulations.* — Les déformations du pied ont été étudiées après la résection de l'extrémité postérieure du premier métatarsien, après la résection de la partie moyenne du même os, après la résection métatarso-phalangienne, après l'amputation du gros orteil, après l'amputation du premier métatarsien avec le gros orteil et le premier cunéiforme. Le raccourcissement du premier métatarsien résultant de la résection de son extrémité postérieure est accompagné d'une inclinaison vers la plante du pied. La tête du métatarsien presse normalement sur le sol durant la station et la marche ; les fonctions du talon antérieur sont conservées intégralement. Le même abaissement de la tête du métatarsien s'est produit dans un cas où la partie moyenne de l'os a été enlevée. La partie conservée de l'os restée flottante dans les parties molles est fortement inclinée vers la plante du pied et maintenue dans cette position par les muscles plantaires et par l'aponévrose plantaire rétractée. Comme dans les cas précédents, la fonction du talon antérieur est conservée dans toute sa largeur, la tête du premier métatarsien occupe seulement une situation plus postérieure qu'à l'état normal. Une conséquence commune aux résections métatarso-phalangiennes et du gros orteil, à l'amputation du gros orteil, à l'amputation du gros orteil et du premier métatarsien est la suppression complète ou partielle du talon antérieur dans sa partie interne. Il en résulte souvent un certain degré de valgus soit de l'avant-pied seulement, soit du pied dans toute sa longueur.

M. le Dr Calot (de Berck-sur-Mer). — I. *Sur le traitement de la coxalgie, et sur la valeur de la méthode de l'extension continue.* — Pourquoi la coxalgie « guérie » laisse-t-elle après elle plus souvent que les autres tumeurs blanches des attitudes vicieuses et des subluxations? Pourquoi d'autre part le traitement local de la coxalgie n'est-il pas celui des autres tumeurs blanches? Cette différence dans la thérapeutique n'explique t-elle pas cette différence dans les résultats! Bornez-vous à l'extension continue dans le traitement de la tumeur blanche du genou, vous aurez aussi souvent qu'à la hanche des déplacements et des attitudes vicieuses. Car l'extension continue est impuissante à corriger les attitudes vicieuses. Lorsque ce attitudes sont corrigées par une séance de redressement, el est impuissante à maintenir la correction. Elle ne produit p l'écartement des surfaces articulaires. Est-ce à dire qu'elle s sans aucun effet utile? Malheureusement non; nous disons malheureusement parce que les quelques avantages très réels qu'elle présente ont entretenu ses partisans dans une sécurité trompeuse qui leur a fait méconnaitre l'insuffisance de la méthode à assurer la bonne position de la jointure. Le poids rive au membre inférieur est un impédimentum qui procure une immobilisation relative et de ce fait présente quelques avantages, particulièrement contre la douleur, qu'elle supprime d:

reste moins sûrement que l'immobilisation absolue. Il est grand temps de revenir à la méthode de traitement préconisée par Bonnet, à savoir l'immobilisation très exacte de la jointure malade en bonne position. Pourquoi cette méthode thérapeutique acceptée pour le traitement des autres tumeurs blanches a-t-elle été délaissée pour la coxalgie? Parce qu'elle est d'une application très difficile ici ; Bonnet n'a pas résolu le problème avec sa gouttière qui n'assure pas, comme le remarque Lannelongue, une contention suffisante et ne prévient pas les déplacements. Cette constatation qui aurait dû faire rejeter simplement la gouttière a fait rejeter la méthode. L'appareil plâtré très serré embrassant le thorax, l'abdomen et la totalité du membre inférieur malade, et appliqué sous le chloroforme permet d'atteindre le but. Ce mode de traitement qui ne mérite pas les divers reproches qu'on lui a adressés et qui remplit les autres indications que soulève la thérapeutique de la coxalgie mène à un excellent résultat orthopédique, tandis que le défaut de contention de la jointure ne saurait prévenir les attitudes vicieuses ni les subluxations. — II. *Du traitement des abcès froids.* — La cure radicale des abcès froids les plus anciens et les plus volumineux — pourvu qu'ils soient accessibles — peut être obtenue en huit jours, à l'aide d'une intervention sanglante qui après avoir supprimé la totalité des tissus malades recherchera la réunion immédiate. Ne pas la rechercher, c'est courir au-devant d'une récidive presque certaine ou d'une fistule interminable. La réunion immédiate ne s'obtiendra qu'aux trois conditions suivantes : La 1re, c'est que les tissus affrontés aient une vitalité suffisante. Il ne suffit donc pas dans tous les cas d'enlever la paroi de l'abcès froid. Il sera parfois nécessaire d'aller plus profondément, de tailler jusque dans les chairs afin d'obtenir sur tous les points une surface saignante et bien vivace. La 2e condition du succès c'est de supprimer tout drainage. Le drain rend presque fatale la réinoculation des tissus; il laisse même, lorsqu'il est aseptique, des fistules indéfiniment durables.

Enfin, la 3e condition à remplir c'est d'assurer bien exactement l'affrontement des tissus par des sutures profondes et des sutures superficielles qui ne laissent pas entre les parois accolées la plus petite lacune, et par une compression énergique et méthodique. L'ancienneté et l'étendue de la collection sont plutôt des indications de cette méthode de traitement. Nous avons guéri ainsi, en huit jours, un abcès froid d'une contenance de plus de trois litres que nous traitions inutilement, depuis près de deux ans, par tous les autres moyens. Ce traitement ne s'adresse pas seulement aux abcès froids idiopathiques. Un très grand nombre d'abcès par congestion, sinon le plus grand nombre, sont justiciables de cette thérapeutique.

M. Le Dentu (de Paris) présente quelques considérations au sujet de l'opération de l'uranostaphylorrhaphie. Il a trouvé 30 divisions accidentelles ou congénitales de la voûte palatine et du voile, 7 étaient d'origine accidentelle, 23 congénitale. Il a pratiqué l'opération en une ou plusieurs séances. C'est bien entendu que si l'on opère en plusieurs séances on doit, dans une première séance, tailler les lambeaux. Quelques jours après, on avive et on suture. M. Le Dentu recommande la conduite qu'il a l'habitude de tenir dans les cas de procidence de l'os intermaxillaire. Au contraire de Trélat, qui commençait par la restauration des parties postérieures, M. Le Dentu s'attaque tout d'abord à la fissure interalvéolaire. Il mobilise très facilement l'os intermaxillaire et le repousse en arrière. Au point de vue du décollement des lambeaux palatins, M. Le Dentu trouvant insuffisante la rugine de Trélat, en ait construire une nouvelle qu'il nomme rugine récurrente. Il se trouve très bien de l'emploi d'une aiguille spéciale construite par Colleri sur ses indications.

M. Berger (de Paris) fait une communication sur le traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par l'autoplastie, suivant la méthode italienne. Il faut extirper très soigneusement et très complètement le côté cubital de l'aponévrose palmaire pour arriver à une guérison. La dissection de cette aponévrose très adhérente à la peau expose à perforer cette dernière. Aussi doit-on, en raison aussi des altérations qui existent presque toujours du coté de la peau, [illegible] en même temps que l'aponévrose.

On fera cette extirpation en employant la bande d'Esmarch. La perte de substance sera réparée à l'aide d'un lambeau cutané emprunté à l'hypochondre du côté opposé. On ne coupe le pédicule qu'au bout de 15 ou 21 jours.

Les résultats immédiats ne sont pas séduisants, mais quand on revoit les malades longtemps après, on constate que la peau nouvelle se nivelle très bien et se confond peu à peu avec celle de la paume de la main.

M. Zancarol (d'Alexandrie) présente 30 observations de cures radicales de hernie. Il a obtenu des cicatrices très solides à l'aide d'un procédé spécial de suture dont il est l'inventeur. Il donne ses préférences, pour le mode opératoire, au procédé de Bassini qui reconstitue un canal inguinal ordinairement très solide.

M. Heydenreich (de Nancy) a eu l'occasion d'étudier deux cas fort intéressants de plaies de l'œsophage par traumatismes agissant de dedans en dehors. La présence du pneumogastrique donne une gravité et une allure particulières à ces plaies. L'irritation du pneumogastrique peut provoquer le ralentissement du cœur et le refroidissement de l'organisme. C'est ce qui s'est passé dans le cas d'un avaleur de sabres qui avait avalé un canon de fusil muni d'une mire. Il retira brusquement ce canon de fusil et ressentit une vive douleur.

La déglutition devint bientôt impossible. La fièvre était à l'entrée à l'hôpital de 39°8. Bientôt la température tomba et se maintint autour de 36° et 35°5. Le cœur ne battait plus que 50 pulsations. Refroidissement marqué. M. Heydenreich n'hésite pas à attribuer ces phénomènes à une irritation du pneumogastrique.

Dans une deuxième observation, un individu mourut après avoir avalé un tisonnier terminé en crochet. Les tentatives de retrait de ce corps étranger déterminèrent une perforation de l'œsophage. A l'autopsie le pneumo-gastrique fut trouvé très rouge et congestionné. Il était fortement comprimé par le crochet.

M. Malherbe (Nantes) présente une note sur 70 opérations de lithotritie qu'il a pratiquées. Il accorde une préférence marquée à cette opération qu'il préfère à la taille sus-pubienne.

M. Gross (de Nancy) attire l'attention sur les variétés qu'on peut rencontrer parmi les tumeurs de la paroi abdominale. On note très souvent dans l'épaisseur de cette paroi, l'existence de fibromes, de fibro-sarcomes. On trouve quelquefois ces tumeurs en voie de dégénérescence kystique.

Dans un cas tout récent M. Heydenreich s'est trouvé en présence d'une tumeur à tissu fondamental musculaire, renfermant *des productions kystiques de structure* extrêmement variée. L'examen histologique fait par M. Baraban fit découvrir dans leur intérieur, ici de l'épithélium pavimenteux, ailleurs de l'épithélium à cils vibratiles, ailleurs de l'épithélium cylindrique. Il y fut constaté l'existence de productions glandulaires. Une partie de structure particulière ressemblait à un estomac en miniature. M. Baraban conclut en disant que la tumeur rappelait un tube digestif incomplet et imparfait. Il s'agit là certainement d'une production congénitale, d'une conclusion fatale très probablement.

M. Schwartz (Paris) a pratiqué une opération nouvelle consistant, dans les cas de hernies volumineuses, à boucher au moyen l'autoplastie musculaire l'orifice inférieur du canal inguinal. Il a emprunté son lambeau au moyen adducteur, l'a relevé et suturé l'arcade crurale.

M. Mauny (Saintes) a trépané un enfant de 9 ans, présentant de l'hydrocéphalie à extension progressive avec accidents épileptiformes. Il a fait la ponction aspiratrice du ventricule latéral. L'enfant est mort sans méningite au 17e jour, lorsque cessa le suintement qui se produisait dans l'orifice de trépanation.

M. Piéchaud (de Bordeaux) défend la cause de la craniectomie chez les hydrocéphales. Il pratique cette opération de façon à pouvoir, quand il le voudra, ponctionner sans avoir à faire de brèche osseuse.

M. Calat (de Berck) a ponctionné 30 fois un enfant hydrocéphale. Les parents conduisirent à Berlin cet enfant, attendant des chirurgiens allemands une intervention plus radicale que déconseillait M. Calat. L'enfant fut opéré à Berlin et mourut sur la table d'opération. M. Calat attribue cette mort à une décompression trop brusque.

M. Hartmann (Paris) pratique la résection du rectum pour sténoses annulaires, en virole, et autres rétrécissements de la façon suivante : Il dilate largement l'anus, saisit le rectum avec des pinces au niveau du rétrécissement et l'abaisse légèrement. Il incise le rectum circulairement autour de la lésion, le décolle et l'abaisse alors complètement. Il suture le bout supérieur à la paroi ou au bout inférieur conservé.

(*A suivre*) Morax et Dauriac.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Séance du 5 avril (soir). — Présidence de M. Guéniot.

M. Wallich (Paris) fait une communication *sur la rigidité dite anatomique du col* M. Wallich donne le diagnostic de cet état particulier que l'on appelle la rigidité anatomique du col, en opposition avec celle dite pathologique. Si la nature de cette dernière est bien connue, il n'en est pas de même de la première. C'est au microscope qu'il a demandé l'explication de ce phénomène. Les études histologiques auxquelles s'est livré M. Wallich lui ont montré que ces cols rigides étaient œdémateux, infiltrés de sang, mais que les fibres musculaires ne présentaient aucune lésion spéciale. Il montre 2 coupes. D'autre part, sur 17,000 accouchements qui ont eu lieu à la clinique Baudelocque de 1883 à 1893, M. Wallich n'a pu relever que 3 cas de rigidité anatomique du col et encore ne sont-ils pas très nets.

Pour lui, ce que l'on appelle la rigidité anatomique du col n'existe pas en tant que lésion spéciale de cet organe. Ce que l'on désigne sous ce nom, n'est, comme l'enseigne M. Pinard, qu'un état secondaire qui tient à une anomalie des agents dilatateurs et, ce qui le prouve, c'est que c'est surtout dans les cas où il y a eu rupture prématurée de la poche des eaux, irrégularité des contractions, etc., que l'on a rencontré la rigidité anatomique.

M. Maygrier (Paris) demande à M. Wallich s'il nie cliniquement, comme il le fait anatomiquement, la rigidité anatomique du col. Pour lui, c'est là un fait indiscutable : il peut se produire du côté du col un état particulier analogue à ce que l'on trouve du côté du périnée chez les vieilles primipares. Il peut y avoir résistance du col, comme il y a résistance du périnée. Il cite un cas où il n'y eut pas de rupture prématurée des membranes et où il y eut cependant rigidité du col. La rigidité est un fait rare sans doute, mais dont on ne peut nier l'existence.

M. Porak (Paris) est de l'avis de M. Maygrier. Il connaît au moins deux cas où le manque de dilatation ne pouvait être attribué à une autre cause qu'à la rigidité du col.

M. Gueniot (Paris) a vu des cas de rigidité du col et a été frappé de voir comme la rigidité a disparu rapidement après une incision très légère du bord rigide. Dans ces cas, ce n'est pas la force dilatatrice qui manque, mais c'est la rigidité du col qui annule les forces des agents dilatateurs.

M. Pinard (Paris) s'est toujours trouvé très embarrassé pour expliquer aux élèves ce que c'était que la rigidité anatomique du col Et la communication de M. Wallich vient le satisfaire en tout point et combler une lacune qui existait dans son esprit. Pour lui, la rigidité anatomique du col n'existe pas : ce n'est qu'un état secondaire, dont on doit chercher la cause dans tout ce qui aura pu amener une anomalie dans le travail normal.

M. Gaulard (Lille) pense qu'il faut limiter la question. Il est incontestable que chez les primipares agées, après 35 ans, par exemple, les accouchements sont plus difficiles. Pourquoi? Il y a des causes diverses, mais le col est certainement une cause de difficulté. Le biceps ne se contracte pas de la meme manière chez un jeune homme et chez un vieillard Or ce qui a lieu du coté des fibres de la vie de relation, pourquoi cela n'existerait-il pas du côté des fibres lisses? On ne fait pas de la gymnastique à 50 ans, comme on la fait à 20 ans. Le col d'une femme de 40 ans se comportera autrement que celui d'une femme de 25 ans. Et c'est là la vraie lésion. Aussi, pour être plus dans le vrai, devrait-on dire rigidite physiologique et non rigidite anatomique du col.

M. Guéniot (de Paris). — *Des indurations pathologiques du col utérin au point de vue de l'accouchement.* — M. Guéniot, dans sa communication, préconise les incisions, les débridements multiples lorsque la lésion envahit tout le col, de préférence a l'opération césarienne. On peut inciser en plein tissu morbide. Il faut procéder graduellement, à petits coups; il faut de préférence faire porter les incisions sur les portions saillantes, sur les arêtes et multiplier les entailles. Un ou deux doigts introduits dans le col le distendent et mettent ainsi en relief les portions indurées, plus résistantes sur lesquelles doit porter le bistouri. Il est reconnu, en effet, que dans ces parties, il n'y a pas de vaisseaux. On se sert, suivant le cas, de ciseaux ou du bistouri. Si la lésion est limitée à l'orifice interne, on emploiera le bistouri boutonné.

M. Pinard a vu deux cas d'incision du col pour induration cancéreuse, alors qu'il était interne de M. Tarnier. Dans ces deux cas, l'application du forceps avait suivi les incisions. Les deux malades succombèrent. Au contraire, deux fois il a fait l'opération césarienne et les deux fois les femmes ont survécu à l'amputation utéro-ovarique.

M. Guéniot, quoiqu'il l'ait faite avec succès pour la mère et l'enfant, n'est pas pour l'opération césarienne si l'enfant est mort. A l'époque où se sont passés les faits de M. Tarnier, l'antisepsie n'était pas connue et puis on ne faisait pas les incisions telles que les fait et le conseille M. Guéniot : ce n'est pas deux incisions qu'il faut, mais des incisions multiples, et quand la tête vient appuyer sur l'orifice il faut multiplier les petites incisions sur tout le pourtour. M. Guéniot a obtenu ainsi des succès un peu à sa surprise et c'est pour cela qu'il a cru devoir en parler. Les incisions semblent aujourd'hui d'une bénignité relative. On les fait suivre d'un tamponnement à la gaze iodoformée, et les femmes qu'il a ainsi opérées ne paraissent pas avoir eu leurs jours raccourcis.

M. Démelin (de Paris). — *De l'insertion vicieuse du placenta, variété dite complète.* — M. Démelin s'occupe de la variété dite *centre pour centre*, fait clinique rare, si rare, que certains accoucheurs n'en ont jamais rencontré. Dans l'insertion vicieuse, il y a deux cas à considérer : ou bien le placenta recouvre peu ou beaucoup l'orifice interne, ou bien il le recouvre complètement. Dans ce dernier cas, on a un placenta prævia central. Le diagnostic de la variété d'insertion du placenta centre pour centre est absolument impossible pendant la grossesse et ne peut être fait qu'à un seul moment du travail, au moment de la dilatation complète. Et encore peut-on être induit en erreur en croyant marginal un placenta qui, primitivement, était central. Car, lorsque l'orifice utérin s'élargit, il peut se faire que le placenta, restant adhérent d'un côté, soit décollé de l'autre, et que les membranes décollées glissent et viennent se mettre en contact avec l'orifice utérin. On croit alors à une insertion partielle du placenta. Inversement, on peut croire central un placenta qui n'était que partiel. M. Démelin pense qu'on doit donner le nom d'insertion complète du placenta à celle dans laquelle les cotylédons recouvrent l'aire de l'orifice utérin. Elle ne peut être diagnostiquée qu'au moment de la dilatation complète. Cette variété existe-elle? M. Démelin en a réuni 40 cas. Il n'en conserv que 22, car ce sont des observations émanant de maîtres qui font partie de la Société obstétricale : MM. Tarnier, Budin, Maygrier et Porak. Dans chacun de ces cas, le diagnostic a été posé au moment de la dilatation complète, si bien que, dans certains, il a fallu décoller le placenta sur un de ses bords, pour pouvoir aller rompre les membranes; et que, dans d'autres cas, on a dû perforer le placenta lui-même. Mais de plus, M. Démelin peut donner le résultat de 8 autopsies, dont 4 ont été faites par lui-même. Ces autopsies démontraient nettement l'insertion du placenta sur tout le pourtour du col. L'existence du placenta prævia à variété centrale est donc aujourd'hui un fait prouvé. Léopold a fait l'autopsie d'une femme non encore accouchée et il a pu voir le placenta s'insérant centre pour centre. Au moment de l'accouchement, on constate une souplesse, une dilatabilité très grande du col et sa vascularisation considérable. Les déchirures du col sont rares. Le pronostic est grave pour l'enfant : 76,80 0/0 de mortalité. Pour les mères, la mortalité est de 35 0/0. Comme traitement, le moins mauvais pour combattre l'hémorrhagie, semble être le tamponnement.

M. Fochier s'étonne qu'au sujet du traitement personne ne parle du ballon de Champetier et de la manœuvre de Braxton Hicks.

M. Démelin cite le fait d'une femme du service de M. Tarnier, à laquelle des tamponnements successifs avaient permis de vivre plusieurs jours. M. Tarnier voulut alors appliquer le ballon de Champetier. Le ballon a crevé. Néanmoins la dilatation s'est faite

rapidement ; M. Tissier a fait la version et la femme succombait le soir même à une nouvelle perte.

M. Démelin dans cette communication ne donne que le sommaire d'un mémoire qui paraitra dans le Bulletin de la Société, et dans lequel tous les traitements employés sont aussi passés en revue.

M. CHAMBRELENT (de Bordeaux). — *Nouvelles recherches expérimentales sur le passage des microbes pathogènes à travers le placenta.* — M. Chambrelent fait sur ce sujet une très intéressante communication où sont nettement exposés les résultats de ses dernières recherches. Ses expériences démontrent la possibilité du passage à travers le placenta normal du streptocoque, du bacterium coli et du staphylocoque.

Prennent part à la discussion MM. Wallich, Queirel, Hergott.

M. RIVIÈRE (de Bordeaux). — M. Chambrelent, au nom de M. Rivière retenu à Bordeaux, lit une communication ayant pour titre : *Du curettage utérin dans les suites de couches.* M. Rivière se montre un partisan convaincu du curettage. Il l'a pratiqué 16 fois, avec 13 succès. Le curettage est indiqué : 1º pour combattre l'hémorrhagie à la suite de rétention du placenta ; 2º dans les cas de septicémie due à la rétention du placenta ou de débris placentaires ; 3º il recommande le curettage précoce dans les cas de septicémie suraiguë. L'auteur se sert de la curette tranchante. Mais, comme il redoute les dangers de perforation, il ne cherche pas le cri utérin. Après le curettage, il place dans l'utérus un crayon d'iodoforme et un tampon de gaze iodoformée. Il considère l'anesthésie comme inutile. Il a remarqué que le soir ou le lendemain de l'opération la malade était prise d'un grand frisson et avait une brusque élévation de température. Mais ces phénomènes sont de courte durée et la guérison survient rapidement.

M. GAULARD (Lille) est partisan du curettage dans une certaine mesure; mais il croit devoir faire des réserves. Et d'abord quand faut-il le faire? Il le faut précoce, c'est son avis. Mais pas trop précoce cependant, car on peut avoir à regretter son intervention. C'est ainsi qu'il y a peu de temps il faisait un curettage à une accouchée qui, le lendemain de l'opération, avait une éruption de varioloïde. Il faut aussi tenir compte d'autre chose, c'est que souvent quand il réussit le curettage était inutile et la femme aurait guéri sans cela. Combien de curettages inutiles ont été faits ! M. Rivière prétend que c'est une opération facile et inoffensive. Cependant il parle des dangers de perforation. Et d'autres accidents peuvent survenir. Hier, dans son service, M. Gaulard trouve une accouchée avec 42º. L'interne affirmait que la délivrance avait été parfaite. Il n'en était rien : la délivrance avait été faite rapidement et une partie du placenta était restée dans la cavité utérine. M. Gaulard fit le curettage et retira des débris. La paroi utérine était très molle et facile à déprimer. Tout à coup, en donnant un coup de curette, l'opérateur reçut un jet de sang de la grosseur du petit doigt. S'il eût continué, la femme serait morte d'hémorrhagie entre ses mains. Il fit alors le tamponnement intra-utérin qui en la circonstance lui a bien servi. M. Gaulard se demande si, en face d'un utérus mou, avant de pratiquer le curettage, il ne serait pas bon d'administrer un peu de seigle ergoté pour donner un peu de consistance à l'organe.

M. BUDIN. — Il est regrettable que M. Rivière n'ait pu venir donner lui-même lecture de son travail et défendre son opinion. Malgré son absence, on peut discuter la méthode qu'il préconise. Les deux observations si intéressantes et si typiques que vient de rapporter M. Gaulard montrent, qu'avant tout et toujours, ce qu'il faut d'abord faire, c'est le diagnostic. Pour ma part, avant d'avoir recours à une intervention quelconque dans la cavité de l'utérus, je n'hésite jamais à pratiquer l'exploration interne de cet organe. On remarque du reste que s'il reste un corps étranger dans la matrice, s'il y a une altération de la muqueuse après l'avortement ou l'accouchement, on peut, dans la très grande majorité des cas, pénétrer plus ou moins facilement avec un ou deux doigts. Or, si quelque chose reste dans l'utérus, il faut absolument l'enlever. Au lieu de dire que dans ces circonstances on doit pratiquer le curettage, il serait peut-être plus juste de déclarer qu'on doit procéder au nettoyage de la cavité utérine et on peut faire ce nettoyage de plusieurs manières. M. Rivière n'emploie pas, dit-il, le chloroforme; je pense, au contraire, que l'anesthésie peut rendre de très grands services. Si la femme est profondément endormie, si ses parois abdominales sont dans le relâchement, on peut mettre la main gauche sur l'utérus et abaisser cet organe pendant qu'un doigt ou deux doigts de la main droite pénètrent dans sa cavité et l'explorent. Si une portion de placenta est restée adhérente, le doigt appuyant sur la paroi utérine soutenue par la main extérieure, la détache et l'entraîne. Il peut enlever aussi des portions de caduque et ce qu'on a décrit sous le nom de polypes placentaires. D'autres fois, il y a infection de la caduque : le doigt entraine des portions altérées et épaissies, mais cela ne suffit pas, et avec un écouvillon trempé dans une solution de sublimé, on peut nettoyer toutes les parois de l'organe. Enfin dans quelques cas très rares, les portions placentaires sont tellement adhérentes qu'il est impossible de les détacher avec le doigt. Dans ce cas seulement, on aura recours à la curette, qui appliquée sur la pulpe de l'index ira opérer exactement au lieu voulu et on constate parfois que la curette même guidée par le doigt glisse sur les côtés de la portion adhérente qu'elle n'arrive à détacher qu'avec la plus grande difficulté. Donc, on peut recourir à la curette, mais très exceptionnellement. Son emploi, comme l'a indiqué M. Rivière, est généralement suivi d'un grand frisson. Ce frisson est rare au contraire quand on a recours simplement au doigt ou à l'écouvillon. Je n'insisterai pas sur les dangers de perforation, ils sont assez connus, et un compatriote de M. Rivière, M. Audebert, en a rapporté un certain nombre de cas dans sa thèse. En explorant l'utérus après l'avortement on est parfois surpris de la minceur extrême des parois de cet organe et on comprend avec quelle facilité elles peuvent être perforées par l'instrument. En résumé, dans ces cas, ce qu'il faut, c'est faire un diagnostic exact, grâce à l'exploration intra-utérine, puis procéder au nettoyage complet de la cavité à l'aide de méthodes aussi sûres et aussi inoffensives que possible.

M. PINARD se range à l'avis de MM. Gaulard et Budin.

M. CHARPENTIER est presque un fanatique du curettage. Si, après quarante-huit heures, les injections intra-utérines n'ont pas fait disparaître les accidents, il fait le curettage, qu'il y ait ou non quelque chose dans l'utérus.

M. FOCHIER est de l'avis de M. Budin.

Prennent part à la discussion, MM. Porak, Guéniot, Herrgott, Champetier de Ribes.

M. BOUFFE DE SAINT-BLAISE (Paris). — *Des lésions anatomiques de l'auto-intoxication gravidique.* — En 1891, dans sa thèse, M. Bouffe a étudié cette question et il tient à y revenir. Pour lui, les *lésions caractéristiques de l'éclampsie siègent dans le foie.* Dans le foie des éclamptiques, on *trouve surtout au niveau des espaces portes des foyers hémorrhagiques,* tantôt en nappe, tantôt sous forme de dilatation variqueuse. Pour M. Bouffe, les lésions du rein sont sans valeur. Le foie seul est atteint dans l'éclampsie, et ce qui semblerait le prouver, c'est que chez les chiens éclamptiques, si l'on supprime la circulation hépatique, l'éclampsie disparaît. Comme traitement, M. Bouffe recommande le régime lacté, la transpiration, les bains, les actions diverses sur l'intestin, le chloral et le chloroforme à haute dose, la saignée, les injections de sérum artificiel.

M. PORAK. — M. Bouffe ayant parlé d'injections de sérum artificiel comme traitement employé à la clinique Baudelocque, M. Porak dit qu'il en a injecté jusqu'à 1,500 grammes. Puis il demande depuis combien de temps ce mode de traitement a été employé à la clinique Baudelocque.

M. BOUFFE répond que c'est seulement la semaine dernière que ce procédé a été expérimenté pour la première fois.

M. PORAK a posé la question simplement au point de vue de la priorité.

M. BAR poursuit ces études depuis longtemps. Il connaît très bien les pièces sur lesquelles M. Bouffe a fondé sa théorie, puisqu'elles ont été prises dans son laboratoire. Mais les lésions du foie chez les éclamptiques ne sont pas absolument celles qu'indique M. Bouffe. D'abord, il n'y a pas toujours lésions du foie. Dans un tiers des cas, les lésions manquent dans le foie des éclamptiques. Dans les deux autres tiers, il y a bien des lésions, mais ce ne sont pas celles signalées par M. Bouffe. Il n'y a pas que dans les espaces portes qu'il y ait des foyers hémorrhagiques, il y en a partout, tantôt en nappe, tantôt en petits foyers. Mais il y a aussi des cas où il n'y a pas trace d'hémorrhagie, mais seulement dégénérescence graisseuse du foie. Dans ces cas on trouve un foie tel qu'il se présente pendant la grossesse, mais pour ainsi dire un foie de grossesse exagéré considérablement. Les lésions du foie jouent donc un rôle énorme dans la genèse de l'éclampsie, mais il y a d'autres causes, d'autres lésions à rechercher.

M. MAYGRIER est de l'avis de M. Bar. Il a vu deux cas où il n'y avait pas de foyers hémorrhagiques. Dans un cas, il y avait hépatite suraiguë.

M. BOUFFE ne peut dire qu'une chose, c'est que sur trente

deux cas qu'il a examinés il a trouvé constamment la même lésion.

Séance du 6 avril 1893 (9 h. 1/2 du matin).

M. PROUVOST (de Roubaix). — *Un point médico-légal embarrassant : Observation d'un cas d'intégrité de la membrane hymen chez une jeune fille présentant des vergetures abdominales et une division très nette du col utérin au lieu d'élection des déchirures.* — M. Prouvost raconte l'histoire de la malade qui fait l'objet de sa communication : elle appartient à une famille honorable, n'offre pas d'antécédents héréditaires Dans son enfance, elle a eu la rougeole, la scarlatine et la variole. Elle a été réglée à 14 ans, a présenté des phénomènes d'hystérie depuis l'âge de 15 ans. Chez elle, la ligne blanche ne présente rien de particulier; les seins rappellent l'aspect de ceux d'une femme qui a été enceinte. On constate des vergetures sur l'abdomen. L'hymen est intact, et au toucher on trouve une déchirure du col utérin au lieu d'élection. Comment expliquer ces divers phénomènes? La jeune fille nie absolument toute grossesse et les parents proclament que jamais elle n'a subi la moindre opération chirurgicale. Les vergetures pourraient être expliquées par le météorisme occasionné par la constipation, ou même par l'embonpoint de la personne elle-même. L'hymen intact est très complaisant et laisse passer un spéculum de Cusco. La déchirure du col n'est pas facile à expliquer. Ces phénomènes sont-ils le résultat d'une grossesse? M. Prouvost hésite à se prononcer.

M. GAULARD, appelé par M. Prouvost, a examiné la malade. C'est une hystérique avérée ; elle ment facilement et ce qu'elle dit est sujet à caution. Sa santé n'est pas mauvaise, et l'aménorrhée qu'elle a eue à un certain moment et pour laquelle on lui a fait suivre le traitement des anémiques pourrait bien être un symptôme de grossesse. De plus, cette personne, que M. Prouvost présente comme obèse, ne l'est pas en réalité, et les vergetures qu'elle présente ne sont pas celles que l'on trouve chez les gens chargés de graisse. Ce sont des vergetures très rosées, comme celles qui apparaissent parfois tout au début de la grossesse et qui sont, pour M. Gaulard, un signe de grande valeur. Elle siègent, chez la personne en question, près des plis de l'aine. M. Gaulard croirait volontiers à une grossesse en voie d'évolution ou qui a cessé depuis peu. Et la lésion que l'on sent au toucher, sur le col, indiquerait dans ce dernier cas que l'expulsion du produit de conception a été provoqué par des moyens non naturels. En résumé, pour M. Gaulard, il y a grossesse, ou bien, si la grossesse n'existe plus, il y a eu tentative d'avortement.

M. GUÉNIOT demande si la déchirure du col a été sentie seulement au doigt et non examinée au spéculum. C'est qu'en effet il y a des cols qui présentent des inégalités dans leur consistance, et ces inégalités peuvent faire croire à une déchirure, à une lacune qui n'existe pas.

M. POTOCKI (Paris). — *De l'abaissement prophylactique du pied antérieur dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses.* — M. Potocki essaie de montrer combien sont défectueux les moyens employés jusqu'ici pour favoriser ou aider l'accouchement dans les cas de présentation du siège décomplété, mode des fesses. Le forceps, même lorsque les cuisses regardent en avant, dérape; de plus, il peut occasionner des lésions du foie, des crêtes iliaques, la compression du cordon. Et, malgré la thèse d'Olivier, M. Potocki pense que le forceps, dans ces cas, est dangereux ; aussi l'emploie-t-on rarement. On n'emploie pas davantage les lacs : ils rompent trop facilement les fémurs. Les crochets et porte-lacs sont peu pratiques et d'un usage dangereux. M. Potocki ne parle pas des cas où le siège est très engagé et où l'on peut aider à l'accouchement avec le doigt passé dans le pli de l'aine. Il laisse sous silence, également, la méthode de Lefour, qui consiste à mettre un doigt dans le rectum pour faire progresser le siège en avant. Aucun de tous ces moyens ne satisfait pleinement dans les cas de présentation du siège décomplété, mode des fesses. Il fallait donc chercher autre chose, c'est-à-dire une prise solide sur laquelle on puisse compter, un tracteur qui ne ferait pas défaut; or ce tracteur, c'est le pied du fœtus. Les anciens accoucheurs recommandaient d'aller chercher les pieds dans ces cas. Plus tard, au dix-septième siècle, les classiques n'admettaient que rarement cette méthode. Il y a quelques années, en 1872, Ahlfeld préconisa l'abaissement prophylactique d'un pied tout au début d'un travail, avant la dilatation complète ; c'était s'exposer à des accidents, chutes du cordon, compression, etc. Robert Barnes conseillait de chloroformer la femme et d'aller chercher les pieds. Les accidents que l'on redoutait autrefois n'existent plus, si l'on opère au moment de la dilatation complète, en abaissant le pied immédiatement. Voici comment conseille d'opérer Potocki : si le siège est au détroit supérieur, la dilatation complète, on introduit la main dans le vagin, puis quatre doigts et le pouce dans l'utérus. On tâche alors d'arriver jusqu'au creux poplité de la cuisse et là on appuie ; on appuie sur les muscles de façon à ce que la jambe se fléchisse d'elle-même. Ce résultat obtenu, on accroche le membre avec l'index ou le médius et on l'abaisse. Voici les résultats obtenus par cette méthode à la clinique Baudelocque : on a fait 32 fois l'abaissement prophylactique du pied. Ces 32 observations se divisent en 3 groupes : Le 1er comprend 28 cas : c'est le pied antérieur qui a été abaissé : 28 femmes vivantes et 28 enfants. — Le 2e groupe renferme 4 cas où le pied postérieur fut abaissé = 1 enfant mort. — 3e groupe : abaissement du pied antérieur avant la dilatation complète = Procidence du cordon et enfant mort. Parmi les 28 femmes, il y avait 19 primipares, 9 multipares. Le poids des enfants n'était pas inférieur à 2.300. Quant au degré d'engagement, 11 fois le siège était au-dessus du détroit supérieur; 6 fois, le siège était un peu engagé; 11 fois, il était très engagé, arrivant sur le périnée. Ce moyen, qui consiste à abaisser un pied, surtout le pied antérieur, est donc une méthode excellente et à laquelle on doit recourir.

M. LOVIOT croit que M. Potocki va un peu loin en bannissant les autres méthodes. Il fait remarquer que la plupart des enfants obtenus par ce procédé n'étaient pas à terme. Puis il faut tenir compte de l'endroit où se trouve le siège quand on veut intervenir. M. Loviot ne croit pas que la méthode puisse réussir alors que le siège est enclavé au milieu de l'excavation. Il faudrait pour que M. Potocki entraîne la conviction que ses observations aient rapport à des enfants à terme, enclavés dans l'excavation, chez des primipares. Dans ces cas, il lui est arrivé souvent de ne pas réussir. En revanche, il s'est bien trouvé de l'emploi du forceps sur le siège, mais il ne se sert de cet instrument pour abaisser le siège que jusqu'à ce qu'il soit assez bas pour pouvoir introduire un doigt dans l'aine. M. Loviot pense qu'il faut être éclectique et non pas exclusif pour telle ou telle méthode.

M. LEPAGE rappelle que M. Potocki a oublié un cas dans lequel l'enfant pesait 5,500 grammes, chez une secondipare.

M. GAULARD pense que M. Potocki a tort de vouloir être exclusif. M. Gaulard est partisan de l'abaissement d'un pied quand la dilatation est complète et que la poche des eaux est intacte ou rompue depuis peu. Dans ces cas, cette manœuvre réussit toujours. Si le liquide est écoulé depuis quelque temps et que le siège soit au détroit supérieur, le procédé préconisé par M. Pinard lui a réussi encore quelquefois. Mais quand le siège est engagé dans la portion osseuse, M. Gaulard n'a pas essayé l'abaissement du pied, craignant de rompre le fémur. Il n'en est pas de même quand le siège est sur le périnée ; il y a ici le coccyx mobile et des parties mobiles. En résumé, M. Gaulard admet la manœuvre de Potocki quand le siège est au-dessus du détroit supérieur ou sur le périnée, jamais quand il est enclavé dans la ceinture osseuse, au milieu de l'excavation.

M. FOCHIER ajoute qu'il faut tenir compte du degré de contraction de l'utérus. Il faut se préoccuper de l'état utérin. De plus, il croit que M. Potocki aurait dû distinguer entre l'abaissement prophylactique du pied, et l'abaissement curatif auquel on recourt quand le siège est sur le plancher périnéal.

M. OLIVIER trouve que M. Potocki a eu une série heureuse. Quant à lui, il a réussi deux ou trois fois quand la tête était au détroit supérieur, et sur 22 ou 23 cas, dans lesquels il a eu recours à cette méthode pour siège dans l'excavation, il n'a jamais réussi.

M. MAYGRIER abonde dans le sens de M. Ollivier.

M. BUDIN. — D'après la communication si importante de

M. Potocki, il résulterait qu'une seule méthode suffirait constamment, dans la présentation du siège décomplété mode des fesses, et cette méthode serait l'abaissement prophylactique du pied. Le mot prophylactique ne me paraît pas plus exact qu'à mes collègues, car, dans bien des cas, d'après les observations qui nous ont été communiquées, cette prophylaxie aurait été fort tardive. Cet abaissement du pied, indiqué par d'anciens auteurs, remis en honneur par Ahlfeld, conseillé par Spiegelberg, par Mangiaggalli en Italie, dans son livre : Il quinquennio..., etc., pratiqué par nous-mêmes, comme on le voit dans les observations que nous avons communiquées à M Olivier, pour sa thèse, observations dont l'une date de 1879, est mise en pratique par beaucoup d'accoucheurs. M. Potocki voudrait-il avoir la bonté de nous dire si, depuis qu'il fait l'abaissement du pied, il a toujours réussi avec cette méthode, et s'il n'a jamais dû avoir recours ni au forceps, ni aux lacs.

M. Potocki. — J'ai constamment réussi avec cette méthode.

M. Budin. — Cette affirmation est très importante, car elle montre combien l'abaissement du pied peut rendre de services. Je crois bien cependant que, dans certains cas, des échecs seront inévitables. Pour ma part, en 1879, j'ai échoué dans un fait de présentation du siège décomplété mode des fesses, où le fœtus était encore élevé. Les parois utérines appliquées fortement sur l'enfant m'empêchaient de fléchir complètement la jambe sur la cuisse, et quand je voulais abaisser le membre inférieur, en le portant de dehors en dedans, je butais contre l'autre membre, et je dus renoncer à l'abaissement. L'enfant est néanmoins venu vivant. Je me demande aussi comment il serait possible d'abaisser le pied dans ces cas si bien signalés par M Lefour où les membres inférieurs relevés sur la partie antérieure du tronc constituent deux attelles si rigides que, même après la naissance, on ne peut réussir à étendre les membres inférieurs qui restent fléchis sur l'abdomen. Comme l'a justement dit M. Ribemont il faut être prêt à employer à l'occasion des moyens divers. Nous sommes convaincu et nous l'avons dit dans une leçon qui a été publiée l'année dernière par M. Démelin que le lac, dans les positions antérieures, le forceps dans les positions postérieures, rendront de grands services. Pour que l'application de forceps en particulier soit utile, il faut que non seulement les cuillers soient bien placées, mais encore que des tractions ne soient exercées qu'au moment même où la contraction survient, et qu'à ces tractions s'ajoute l'expression faite par un aide sur les parois utérines.

M. Tarnier. — *Sur l'accouchement prématuré artificiel.* — Depuis quelques années, grâce à l'antisepsie, un certain enthousiasme s'est manifesté à Vienne en faveur de l'opération césarienne et en faveur de la symphyséotomie chez les accoucheurs italiens et français. Les résultats obtenus par ces opérations ont fait oublier l'accouchement prématuré. Ce sont les succès et les revers qu'a donnés ce mode de traitement que je veux aborder aujourd'hui devant vous. Je provoque l'accouchement prématuré assez souvent ; j'y trouve plus de sécurité pour la vie de la femme et aussi pour l'enfant. Voici comment je procède : plusieurs jours à l'avance, je fais prendre à la malade des bains savonneux au sublimé. Trois jours avant l'opération, on lui fait soigneusement des injections vaginales antiseptiques suivies d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Le lendemain on recommence le même travail, de même que le 3e jour.

Immédiatement avant l'opération on retire le pansement, on fait une injection au sublimé et un lavage soigné. A ce moment, les parois du vagin sont très fermes, résistantes, gênantes même pour l'opérateur. Alors, j'introduis mon ballon que je gonfle avec de la glycérine, puis je tamponne le vagin avec de la gaze iodoformée. Le travail marche régulièrement.

Voici le relevé statistique de mon service :

J'ai provoqué 43 fois l'accouchement, 29 fois j'ai eu recours au ballon seul ; dans 9 cas, j'ai fait suivre son emploi de celui de l'écarteur ; dans 3 cas, je l'ai fais suivre du ballon de Champetier.

J'ai eu recours à l'accouchement prématuré pour les raisons suivantes :

Pour une femme cardiaque.
Pour une femme atteinte d'amaurose progressive.
Pour une femme atteinte d'anémie pernicieuse.

Tous les autres cas, au nombre de 41, ont trait à des bassins rétrécis. Voici les résultats :

Mortalité maternelle 2,2 0/0 et plus justement 0 0/0, car la femme morte d'anémie pernicieuse ne pouvait être sauvée par aucun moyen.

Mortalité des	Mort-nés.	4 = 9 0/0.
enfants :	Morts après la naissance.	4 = 9 0/0.

soit une mortalité totale de 18 0/0.

36 enfants sont sortis vivants, soit une proportion de 82 0/0.

Messieurs, tant que l'opération césarienne et la symphyséotomie n'auront pas donné des résultats semblables, je crois que l'on ne doit pas abandonner l'accouchement prématuré artificiel.

Séance du 6 avril (soir).

M. Budin rapporte l'observation clinique d'une femme présentant une variété très rare de bassin vicié, celle désignée sous le nom de *bassin oblique ovalaire ou de bassin de Nœgelé.* Il montre à l'aide de figures représentant cette femme quels étaient les signes extérieurs de la viciation et il indique les caractères perçus par le toucher. Quand il la vit pour la première fois le 27 février 1889, elle était en travail. Dans trois accouchements antérieurs, on n'avait pas fait le diagnostic et à la suite d'applications de forceps infructueuses, on avait dû recourir à l'embryotomie céphalique. M. Budin réussit à extraire avec le forceps un enfant vivant du poids de 3.620 grammes. Devenue enceinte une cinquième fois, malgré les conseils qui lui avaient été donnés, elle ne se présenta à l'hôpital qu'à terme et en travail ; une anse considérable du cordon était descendue dans le vagin. Grâce à la version on obtint un enfant vivant ; il succomba six jours plus tard. Un sixième accouchement fut provoqué prématurément ; un enfant vivant fut expulsé spontanément. Enfin, devenue enceinte une septième fois, elle ne vint encore à l'hôpital qu'étant à terme. Grâce à la version on put extraire un enfant vivant. En résumé, dans trois accouchements, alors que le diagnostic n'avait pas été fait, les opérateurs avaient dû recourir à l'embryotomie céphalique. Dans 4 accouchements, qui ont eu lieu après l'établissement du diagnostic, on a eu 4 enfants vivants et, lorsque l'accouchement a été provoqué avant terme, les contractions utérines ont réussi à expulser le fœtus.

M. Budin communique les résultats des *accouchements chez les femmes rachitiques*, observés par lui, dans son nouveau service de la Charité, d'octobre 1891 à avril 1893.

En voici le résumé :

A. — Bassins mesurant dans leur diamètre promonto-pubien minimum 10 centimètres et au delà, 76 accouchements : 68 spontanés, 8 artificiels : comprenant 1 embryotomie, 5 applications de forceps, 2 versions.

B. — Bassins mesurant entre 9 et 10 centimètres, 28 accouchements : 15 spontanés, 5 artificiels : 3 forceps, 2 versions.

C. — Bassins mesurant entre 8 et 9 centimètres : 20 accouchements : 15 spontanés, 5 artificiels : 2 forceps, 3 versions.

D. — Bassins mesurant moins de 8 centimètres : 3 accouchements artificiels : 1 forceps, 2 versions.

E. — Bassins généralement rétrécis : 4 accouchements : 1 application de forceps, 1 accouchement prématuré provoqué, 2 symphyséotomies.

Voici les résultats qui ont été obtenues. *Mère :* 131 accouchements, 0 décès. — 10 femmes ont eu des suites de couches pathologiques peu graves. Morbidité 7, 6 0/0 : 8 affections du sein, lymphangites ou galactophorites, 1 infection tardive commençant le 10e jour et déterminant 3 fois 38°, enfin 1 femme tuberculeuse qui avait déjà de la fièvre avant son accouchement.

Sur 131 accouchements, 106 ont été spontanés ; 25 fois l'accouchement a été artificiel ; ce sont : 1 accouchement prématuré provoqué, 1 enfant vivant ; 12 forceps, 12 enfants vivants ; 9 versions, dont 5 après des applications de forceps qui n'avaient pas réussi à entraîner la tête : 8 enfants vivants.

Dans un cas où il existait une procidence du cordon et où l'enfant était mourant, l'interne du service a essayé de le sauver en pratiquant la version et n'a pu ranimer le fœtus. 1 embryotomie, l'enfant mort lors de l'entrée à l'hôpital se présentait par

l'épaule. Enfin 2 symphyséotomies, les enfants extraits vivants ont succombé tardivement le 14e et le 10e jour à des causes indépendantes de la symphyséotomie. Pour les enfants, sur 131, 120 sont sortis vivants de l'hôpital. 11 ont succombé, ce qui donne une statistique brute de 8,3 0/0. 3 étaient morts avant l'entrée dans le service, pour ceux qui ont succombé à des causes diverses après leur naissance, il y avait eu accouchement spontané facile. En dehors des trois faits cités plus haut (2 symphyséotomies et une version pour un fœtus mourant de procidence de cordon), aucun des enfants n'a succombé pour lesquels on était intervenu par le forceps, la version ou l'accouchement prématuré. Aucun enfant non plus n'est mort dans les cas spéciaux où l'accouchement a été spontané, bien que le degré de rétrécissement ou le volume de l'enfant ait fait croire à une intervention probable. Peut-être ces chiffres présentent-ils quelque intérêt, surtout à notre époque, où on recherche quelle est la meilleure conduite à tenir dans les bassins rétrécis par rachitisme. M. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ de DERMATOLOGIE et de SYPHILIGRAPHIE

SESSION ANNUELLE

Séance du 6 *avril* 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLIER.

M. HALLOPEAU communique une *deuxième note sur un cas de mycosis fongoïde d'emblée* compliqué de gangrène massive avec dénudation du squelette. La lésion est surtout caractérisée par une zone d'envahissement que constitue un bourrelet remarquable par la régularité de sa surface convexe, la netteté avec laquelle il se détache des parties voisines, sa tendance à se renverser en dehors et la destruction graduelle de sa partie interne, qui a pour résultat de lui conserver la même épaisseur et l'aspect de bourrelet malgré son extension constante; il a envahi l'oreille et il menace l'œil; sa résection partielle n'en a que momentanément enrayé les progrès. La surface ulcérée qu'il circonscrit offre une ressemblance apparente avec une membrane de bourgeons charnus; elle en diffère par la production incessante de nouvelles plaques de sphacèle et par la présence de saillies miliaires conglomérées; *ces saillies miliaires rondes, translucides et de consistance ferme, constituent les nodules élémentaires de la néoplasie; ils sont comparables aux granulations miliaires de la tuberculose*; les expériences d'inoculation aux animaux, faites par M. Brodier, ont donné des résultats négatifs.

MM. ERAUD ET HUGOUNENCQ (de Lyon) font une communition sur leurs *recherches bactériologiques et chimiques sur la pathogénie de l'orchite bleu-norrhagique et de certaines orchites infectieuses*. En ponctionnant la vaginale de blennorrhagiens atteints d'épididymite, MM. Eraud et Hagounenq ont retiré et cultivé un diplocoque qui présente beaucoup d'analogie avec le gonocoque et qui a pour caractères fondamentaux de ne pas liquéfier la gélatine, de n'être pas pyogène, de reproduire l'orchite lorsqu'il est inoculé dans le testicule du chien. Ils ont retrouvé ce microbe dans l'urèthre normal, mais on ne peut l'identifier avec les autres microbes déjà décrits dans l'urèthre. Les auteurs proposent donc de l'appeler *orchiocoque*, en raison de sa fonction spéciale. Les cultures montrent les différences qui existent entre le gonocoque et cet orchiocoque. En soumettant les urines de blennorrhagiens épididymaires à l'examen au polarimètre, les auteurs ont pu constater une déviation lérogyre très marquée et en rapport avec une certaine quantité d'albumose. Cette déviation lérogyre, l'excrétion notable d'albumose et la culture du pus blennorrhagique permettent de diagnostiquer à l'avance l'apparition de l'épididymite. Les auteurs ont trouvé dans un cas d'orchite ourlienne un diplocoque à peu près semblable et ils ont constaté dans les orchites infectieuses ourliennes tuberculeuses la même déviation polarimétrique : il y aurait donc peut-être lieu d'admettre l'unité spécifique de l'orchite.

MM. BALZER et SOUPLET font une communication sur *deux observations de suppuration en trajet canaliculaire le long du raphé médian du pénis et du scrotum*. Dans la première, il s'agissait d'un jeune homme, qui présentait du prépuce au rectum un canal du volume d'une plume d'oie et au long duquel s'échelonnaient, aussi bien au niveau de la verge qu'au scrotum et au périnée, des petites bosselures en chapelet. C'étaient des petits foyers qui, incisés, donnèrent un liquide séreux, faiblement purulent et de coloration jaunâtre. Les cultures furent infructueuses; dans une seule, on trouva un bacille gros et court et des staphylocoques, mais elles ne permettent pas de conclure. Dans la deuxième observation, l'abcès canaliculaire était limité au raphé médian et s'étendait du prépuce à la partie moyenne de la verge. Il ne s'agissait pas dans ces cas de lymphangite.

M. MOTY fait part de quelques remarques sur la *distribution géographique du clou de Biskra et sur son inoculabilité*. Le clou se rencontre partout où il y a du palmier dattier. Récemment un médecin colombien entretenait M. Moty d'une affection qui parait être le clou de Biskra et il y a précisément dans la localité où sévit cette affection cutanée des dattiers. Le clou de Biskra se développe surtout pendant les saisons sèches : il diminue vers le mois d'octobre et même guérit alors spontanément. Le clou commence par une lésion simple, puis il se fait des lésions secondaires à developpement centrifuge et coïncidant avec des indications lymphatiques. La lésion semble bien, en effet, se propager par les voies lymphatiques. L'inoculation que M. Moty a tentée sur lui-même n'a donné aucun résultat quelque variées qu'aient été les tentatives. Il semble donc que le parasite ne se développe pas en dehors de certaines conditions climatériques, difficiles à réaliser, puisque même à Biskra elle ne se rencontrent pas d'une façon continue.

M. DUBREUILH (de Bordeaux) rapporte une observation de *Pelade suivie de Vitiligo*. De tels faits sont importants à rassembler parce qu'ils pourront peut-être servir à éclairer le diagnostic entre la pelade trophonévrotique et la pelade dite parasitaire, en raison de ce fait que la pelade vitiligineuse est vraisemblablement d'origine nerveuse. Chez le malade de M. Dubreuilh la pelade apparaît d'abord à peu près généralisée et ayant déterminé la chute de tous les cheveux. Neuf mois après survint la vitiligo : ce fait sort de l'ordinaire en ce sens que le vitiligo précède ordinairement la pelade.

M. BARTHÉLEMY. — Le vitiligo peut précéder la pelade mais aussi la suivre ou se développer en même temps qu'elle. Il ne me paraît pas y avoir de rapport entre ces affections, et j'ai observé aussi souvent du vitiligo accompagnant des affections qui n'ont rien de trophonévrotique. Il n'est pas rare, en outre, de voir la pelade guérir et le vitiligo persister.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Alors même que ces deux lésions coïncident, on ne peut se fonder sur les caractères de la pelade pour en établir le diagnostic pathogénique. J'ai vu un malade qui présentait une pelade avec tous les caractères que nous attribuons à la pelade parasitaire et qui est venu me trouver quelques mois après sa guérison avec des plaques de vitiligo de la barbe.

M. MOTY fait remarquer que ces vitiligos pilaires peuvent se développer à la suite de n'importe quelle irritation, piqûre, traumatisme léger, etc.

M. MATHIEU est de l'avis de M. Dubreuilh et il pense qu'il n'y a pas seulement coïncidence et qu'il s'agit bien d'une véritable pelade vitiligineuse de nature spéciale.

M. DUBREUILH communique deux observations d'*angiokératome*. Il s'agissait de la mère et de la fille et il est curieux de voir qu'il s'agit en général d'une maladie familiale. Toutes deux étaient sujettes aux engelures et il persistait aux doigts comme aux orteils les lésions de l'angiokératome telles que les ont décrites Mibelli et Pringle. Mais elles étaient seulement à la phase d'hématangisme, c'est-à-dire constituées par des taches rouges, vasculaires ne s'effaçant pas complètement à la pression. Il n'y avait pas encore de verrucosité : ce n'est que dans une phase ultérieure que ces lésions deviennent verruqueuses.

M. AUDRY (de Toulouse). — Chez les malades qui ont des engelures il est très fréquent de rencontrer ces angiokératomes ou plutôt des angiomes. Cette fréquence est beaucoup plus grande qu'on ne le croit. A l'examen histologique on remarque en effet des lésions vasculaires sanguines, mais il y a autre chose, et M. Audry a pu constater dans les lymphatiques dilatés un exsudat granuleux amorphe qui indique la partici-

pation du système lymphatique dans ces lésions. M. Audry fait suivre ces remarques d'un aperçu critique de l'anatomie des kératonoses. Paul RAYMOND. (*A suivre*).

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SECTION DE MÉDECINE.

Séance du 5 avril 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LE ROY DE MÉRICOURT.

M. B. DUPUY fait une communioation sur l'*histoire des acides organiques.* Il fait remonter la connaissance de ces corps à l'antiquité la plus reculée. Les prêtres égyptiens n'ignoraient point l'existence de l'acide prussique. Il se servaient de ce eorps redoutable pour ravir la vie aux initiés qui trahissaient les secrets de l'art sacré. La peine du pêcher indique le poison même dont ils avaient fait choix. Du temps de Moïse, on avait déjà noté l'amertume du vinaigre. Salomon en parle dans son Livre des Proverbes. Hippocrate, Galien, Dioscoride, Pline ont recommandé l'usage du vinaigre dans une foule de cas. Il est sûr que les anciens possédaient un eertain nombre d'acides organiques naturels (acide acétique, acide citrique, acide oxalique, etc.), mais il ne les avaient pas obtenus à l'état de pureté, ct par conséquent ils ne pouvaient avoir qu'une idée très imparfaite de leurs propriétés et de leur action. La chimie, avec ses incessants progrès, devait mettre ces corps en lumière et attirer sur eux l'attention des savants. Dès 1550, Agricola, en isolant l'acide succinique, ouvre l ère des découvertes dans cette classe encore inexplorée, et Scheele, en faisant connaître une méthode facile pour leur préparation, lui imprime une rapide impulsion. Du temps de Fourcroy, on ne connaissait qu'une vingtaine d'acides organiques, on en compte aujourd hui plus de mille.

M. le Dr BARTHÈS, délégué de la Société de médecine de Caen et de Calvados, lit son travail sur les améliorations à apporter à la loi du 23 décembre 1874 concernant la protection des enfants du premier âge. Il a d'abord démontré, par une statistique basée non sur la méthode actuelle, qui consiste à prendre pour dividende le nombre de décès multiplié par 100 et pour dividende le nombre des enfants soumis à la protection, mais uniquement, en prenant pour diviseur le nombre de journées passées dans le service par chaque catégorie d'enfants : 1° Que pendant les trois premiers mois de la vie, le taux de la mortalité s'est élevé dans le Calvados, en 1892, à 55 p. 100; 2° Pendant les huit premiers mois à 38 p 100; 3° Pendant les douze premiers mois à 33 p. 100; 4° Qu'il y a un écart de plus de 22 p. 100 entre la mortalité des enfants légitimes et celle des enfants naturels; 5° Que pour la ville de Caen, il y a eu : En 1887, 876 naissances et 136 décès (enfants âgés de moins d'un an); En 1891, 800 naissances et 154 décès (enfants âgés de moins d'un an); 6° Que pour les enfants soumis à la loi de protection et âgés de moins d'un an : En 1889, sur 1,478 enfants, il y a eu 146 décès; En 1890, sur 1,394 enfants, il y a eu 156 décès; En 1891, sur 1,361 enfants, il y a eu 160 décès; En 1892, sur 1,313 enfants, il y a eu 167 décès. Les causes des décès se rapportent à quatre facteurs principaux. 1° Transport prématuré; 2° Emploi du biberon à tube de caoutchouc; 3° Nourriture solide dans les premiers mois de la vie et usage de cidre, de café et d'alcool; 4° Salaire insuffisant de la nourrice. Il est donc de toute nécessité que les pouvoirs publics promulguent à bref délai des mesures très sévères, et la section admet les eonclusions présentées par M. Barthès.

M. le Dr COMBEMALE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, rapporte les *expériences et les recherches qu'il a faites sur la transmission de la tuberculose chez les poissons.* Le poisson, à quelque état qu'on le consomme, ne peut pas et ne doit pas être considéré comme un moyen de propagation de la tuberculose. Bien plus il faut peut-être considérer le poisson comme un auxiliaire précieux dans la destruction du bacille tuberculeux, dirigé par le moyen du tout à l'égout dans un cours d'eau

M. GARRIGOU, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse, expose le *résultat de son expérience au point de vue du traitement de la phtisie.* Il a remarqué : 1° que non seulement on obtenait des cas de guérison ou d'arrêt momentané de la maladie avec certaines eaux sulfurées employées en boisson, mais que parmi ces eaux il y en avait donc l'action était infiniment plus marquée que d'autres; 2° que les deux effets mis hors de doute par quelques eaux étaient : d'abord de diminuer la toux et les crachats, puis de remonter les forces en augmentant le nombre et la vitalité des globules rouges du sang, et en faisant cesser les transpirations exeessives de certains malades. Parfaitement fixé sur ces résultats généraux et connaissant ceux qui avaient déjà fournis d'autres traitements spéciaux, il a traité d'abord ses phtisiques non seulement par la boisson des eaux sulfurées, mais en même temps par le séjour en montagne, par la vie en plein air et par la nourriture aussi substantielle que possible. Plus tard, la métalloscopie fit son apparition. Il se basa sur elle ainsi que sur les résultats chimiques de ses grandes analyses d'eaux minérales, révélant quelquefois la présence dans les eaux de grandes quantités de métaux, pour joindre aux indications thérapeutiques précédentes celles que fournissait la métalloscopie.

M. BERGEON fait observer que l'injection rectale gazeuse est impossible avec l'eau ordinaire, parce que l'eau ordinaire est aérée. L'intestin n'absorbe que le gaz CO^2, mais non l'air. Longtemps il n'a pas pu se rendre compte de la cause de l'intolérance des injections rectales gazeuses; dès sa première communication, il avait insisté sur la nécessité absolue d'employer une eau d'origine exclusivement minérale. Dans les hôpitaux de Paris, il n'a pas été possible d'employer les eaux minerales.

M. LE Dr MENEAU s'associe aux idées émises par MM. Garrigou et Bergeon. En 1886, le traitement de M. Bergeon a été appliqué par lui lorsqu'il était élève du service de M. le docteur Salle à l'hôpital de Bordeaux. L'eau employée était l'eau de Saint-Boës.

M. LE Dr BERGEON parle à nouveau de la *variole et de la vaccine*, et demande l'obligation de la vaccine en France.

M. CACHEUX lit un travail sur quelques *moyens pratiques d'assainir les habitations.* Les diverses enquêtes officielles qui ont été faites en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en Belgique et dans plusieurs autres pays du nord de l'Europe démontrent la nécessité d'améliorer le plus promptement possible l'état sanitaire des habitations rurales. En Angleterre, la Société royale d'agriculture vient de publier le rapport d'une commission chargee d'étudier les causes d'insalubrité des logements des paysans, et M. Cacheux résume ce travail à grands traits. Le congrès d'agriculture et de sylviculture qui fut tenu à Vienne en 1890 vota diverses propositions qui ont pour objet de propager dans les campagnes des maisons modèles et d'assainir celles qui existent. Il y a lieu de déterminer les meilleurs moyens propres à diminuer la mortalité dans une région déterminée. On voit donc, d'après ce qui est tenté dans divers pays, qu'on commence à s'oecuper des habitations agricoles, et il y a lieu d'espérer que leur amélioration fera des progrès aussi importants que celle des petits logements qui se trouvent dans les villes et dans les centres manufacturiers.

M. MOULÉ, délégué de la Société centrale de médecine vétérinaire et de la Société des sciences et arts de Vitry-le-François, fait une communication sur la *médecine vétérinaire arabe au moyen âge.* Dans cette étude, résumé d'un travail plus considérable, il s'efforce de montrer la part prise par les Arabes aux progrès de la civilisation et fait une rapide analyse du traité d'agriculture d'*ibn-al-awam* (douzième siècle), et de l'ouvrage vétérinaire d'*Abou-Bekr-ibn-Bedr* (1300), les seuls qui soient dignes d'être mentionnés pendant cette période si troublée du moyen âge. Il montre enfin qu'à cette époque les Arabes ont été, pour ainsi dire, les seuls représentants de la science vétérinaire; les travaux de même nature d'Albert le Grand, de Pierre de Crescens, de Rufus, de Rusius, étaient de beaucoup inférieurs.

SECTION DES SCIENCES.

Le transport des eaux minérales.

M. le professeur PARMENTIER, de la Faculté des Sciences de Clermont-Ferrand, rend compte des procédés qui lui ont per-

mis de transporter loin des sources où elles prennent naissances les eaux bi-carbonatées ferrugineuses. Son procédé permet de conserver les eaux minérales identiques à ce qu'elles sont à la source même.

Accumulateur électrique.

M. Peyrusson, professeur à l'École de Médecine de Limoges, décrit une nouvelle forme d'accumulateur électrique qui, par la forme rayonnée de son électrode positive, est relativement inusable. La résistance intérieure étant beaucoup plus faible, il utilise l'électricité dans de meilleures conditions. Les électrodes contraires, enfin, ne peuvent être mises en contact dans aucun cas, même par un excès de charge ou de décharge.

M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 avril 1893. — Présidence de M. J. Guérin.

Les vacances de Pâques, le Congrès de Chirurgie, les autres assemblées, le printemps peut-être, font tort à la séance de l'Académie. C'est devant une assistance très clairsemée que M. Hervieux continue son importante communication sur la fausse vaccine et que M. Bœckel expose le résultat de ses interventions dans le goitre.

Suite de la discussion sur la fausse vaccine.

M. Hervieux démontre, par de nouveaux arguments, qu'il n'y a pas de fausse vaccine, que celle-ci n'est que la vaccine non modifiée dans son évolution typique par le terrain réfractaire. Inoculée de nouveau sur un terrain vierge, l'éruption avortée reproduit la pustule type. L'incubation de la fausse vaccine est, quoi qu'on en ait dit, bien peu différente de celle de la vaccine vraie. M Hervieux a parfois constaté l'existence de papules types dès le second jour chez des nouveau-nés et même chez des sujets revaccinés. Enfin, dans l'armée où la grande majorité des revaccinations ne donne qu'une fausse vaccine, ces revaccinations n'en ont pas moins supprimé la variole. M. Hervieux compare la fausse vaccine à la varioloide. Celle-ci n'est pas une fausse variole, c'est une variole modifiée qui peut transmettre par contagion les varioles les plus graves.

M Dumontpallier rappelle que, dès 1860, Trousseau a rejeté l'hypothèse de la fausse vaccine comme celle de la fausse variole. Pour désigner la prétendue fausse vaccine, M. Dumontpallier proposa à cette époque le terme de vaccinoïde que Trousseau accepta. Dans ses revaccinations du lycée Louis-le-Grand, M. Dumontpallier a souvent obtenu des pustules type par l'inoculation de la fausse vaccine.

M. Ollivier, pendant ses revaccinations de la guerre de 1870, où il n'avait à sa disposition que du virus vaccinal pris sur les adultes revaccinés et offrant presque tous une vaccinoïde, a vu également ce virus redonner les pustules légitimes.

M. Guéniot objecte que les jeunes enfants, quand ils ne sont pas complètement réfractaires à toute vaccination, présentent toujours des pustules type à leur première vaccination. Comment expliquer cette non production de la vaccinoïde chez des sujets vierges, puisque l'immunité complète peut exister chez eux?

M. L. Colin a, contrairement à M. Guéniot, observé la vaccinoïde dans ces conditions.

M. Dumontpallier croit que l'immunité absolue de quelques nouveau-nés peut s'expliquer dans certains cas parce qu'ils ont eu une variole ou une simple varioloide *in utero*.

M. Charpentier, chez un enfant dont la mère avait eu la variole pendant sa grossesse, échoua dans ses six premières tentatives de vaccination. Une nouvelle tentative faite à dix-huit mois réussit. L'immunité primitive avait cessé. — La discussion est close.

Résultats de 32 extirpations ou énucléations de goitre.

M. J. Bœckel a pratiqué, dans 32 cas de goitre, 16 extirpations partielles, 2 extirpations totales, 14 énucléations. Les extirpations ont donné 2 morts. Les énucléations, 1 mort, chez une femme âgée et cachectique. L'énucléation complète du tissu morbide, après ouverture de l'enveloppe du corps thyroïde, est préférable à l'extirpation. Elle est moins grave, plus facile, plus rapide. Elle laisse toujours subsister une partie du tissu thyroïdien et met à l'abri du myxœdème. Elle expose moins aux hémorrhagies. M. Bœckel, ayant observé un cas de mort résultant de l'aplatissement de la trachée après la disparition du corps thyroïde, fait la trachéotomie toutes les fois que la trachée est ramollie et offre une tendance à l'aplatissement. Les sujets opérés étaient ordinairement des adultes. Trois avaient moins de treize ans, quatre plus de soixante ans. Dans quatre cas, il s'agissait de goitre rétrosternal; dans deux cas, de goitre en anneau entourant toute la trachée; dans six cas, de goitre kystique dont quatre colloïdes.

A.-F. Plicque.

CORRESPONDANCE

La conférence de Berne et le choléra. — La Ligue Suisse contre la tuberculose (*Assemblée d'Olten*).

Bâle, 1er avril 1893.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le courant de mars une commission spéciale s'est réunie à Berne sous la présidence du chef du département de l'intérieur, M. le conseiller fédéral Schenk, pour arrêter les mesures à prendre en cas d'une invasion du choléra en 1893. Après mûre délibération, la conférence a approuvé et décidé de maintenir les mesures prises l'année dernière: médecins-inspecteurs aux gares frontières, surveillance, voire même prohibition de certaines denrées alimentaires (poissons), arrivant de l'étranger, etc. D'un autre côté elle a décidé de faire abstraction de toutes les mesures inutiles entravant la libre circulation et incommodant les voyageurs. Enfin la lutte contre le choléra ne doit pas s'en tenir au service médical à la frontière; mais on doit dans tout le pays être prêt et installer à temps des maisons d'isolement et des appareils à désinfection.

Une autre conférence, d'un caractère essentiellement privé et composée d'hommes politiques, d'ecclésiastiques, de médecins représentant la plupart des cantons de la Suisse allemande, s'est réunie le 18 mars, à Olten, en vue de fonder une vaste association pour la lutte contre la tuberculose pulmonaire, qui fait chaque année en Suisse plus de 6.000 victimes, soit 1/10 de la mortalité totale. L'association se propose de fonder des asiles spéciaux pour les phtisiques ou du moins d'encourager et de subventionner les asiles de ce genre existant déjà. Pour cela elle a commencé par nommer un comité d'action, ayant pour mission de chercher à obtenir un appui financier des chambres fédérales, de même que la coopération de la Société suisse d'utilité publique. Le comité cherchera en outre à étendre le mouvement à la Suisse française. Il cherchera à agir dans le public par l'organe de la presse et de conférences publiques, et veillera à la rédaction d'une instruction populaire sur les soins à donner aux phtisiques et les mesures préventives contre la contagion.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée. A. Jaquet.

VARIA

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Président, M. le Pr Lannelongue.

Trente-quatrième assemblée générale. — Ordre du jour de la séance du dimanche 9 avril 1893: La séance est ouverte à deux heures. 1° Allocution du président; 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier; 3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général; 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1892, par M. Lereboullet; 5° Election d'un secrétaire-

général, en remplacement de M. Riant, démissionnaire. (Le Conseil propose M. Lereboullet); 6° Présentation de candidats pour le Conseil général de l'Association et renouvellement partiel du Conseil général. Membres du Conseil à renouveler : MM. Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Laennec, Motet et Laguesse, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du bureau et du conseil sont rééligibles); 7° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1894; 8° Première partie du rapport de M. Worms, sur les pensions viagères à accorder en 1893.

A 7 heures précises, le banquet (Hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 10 avril 1893 : La séance sera ouverte à deux heures. 1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale; 2° Approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale; 3° Deuxième partie du rapport de M. Worms sur les pensions viagères : Discussion et vote des propositions; 4° Rapport de M. Bucquoy, au nom du Conseil général, sur l'enquête relative à l'indemnité maladie et à l'augmentation de la cotisation; 5° Rapport de M. Vidal, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1894, et sur les vœux pris en considération par la dernière Assemblée générale.

La fièvre typhoïde au Dépôt à Paris.

M. le préfet de police vient de faire procéder à l'évacuation du Dépôt afin de pouvoir faire désinfecter immédiatement les locaux et les cellules de cette prison. Il y a quelques jours, il était informé que des cas de fièvre typhoïde s'étaient déclarés au dépôt de mendicité de Nanterre. Il pria M. le Dr Léon Colin, membre du comité permanent des épidémies, de vouloir bien s'y rendre pour lui rendre compte de la situation; il constata en effet qu'une légère épidémie typhique venait de se produire à Nanterre, et une enquête démontra que toutes les personnes qui avaient été frappées provenaient du dépôt de Paris.

Là aussi, en effet, des malades, paraissant atteints de fièvre typhoïde, avaient été envoyés à l'Hôtel-Dieu. C'est dans ces conditions que le Dr Dujardin-Beaumetz, membre du conseil d'hygiène et du comité permanent des épidémies, d'accord avec M. Léon Colin, a proposé au préfet de police de faire évacuer la prison du Dépôt.

Le préfet a convoqué d'urgence à son cabinet les directeurs des prisons de Paris et a prié MM. les directeurs de l'administration pénitentiaire de vouloir bien assister à cette conférence. A la suite des mesures qui ont été arrêtées, tout le quartier des femmes, qui contenait cent six personnes — quartier dans lequel il n'a été du reste constaté aucune maladie — a été transféré dans un des quartiers particuliers de la prison de Saint-Lazare et deux cent vingt-huit prévenus, qui se trouvaient dans le quartier des hommes, ont été transférés dans un pavillon spécial de la prison de Nanterre.

Le service de désinfection de la préfecture de la Seine, requis par le préfet de police, a commencé de suite après la désinfection au sublimé des locaux et cellules.

De l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

Le Président de l'Union des syndicats médicaux de France avait adressé à M. le Ministre de la Guerre la lettre ci-dessous :

Monsieur le Ministre,

Le bureau de l'Union des syndicats médicaux de France, appelé dans sa dernière séance à étudier les conditions de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires à la suite de plaintes qui lui ont été adressées par plusieurs syndicats de province, m'a chargé d'attirer votre bienveillante attention sur cette question qui intéresse à un si haut point le corps médical tout entier. Je dois tout d'abord vous déclarer, M. le Ministre, qu'aucun des membres de notre bureau ne songe un seul instant à contester au médecin militaire le droit de pratiquer la médecine, en dehors de son service, lorsqu'il s'agit d'amis, de parents, et même d'inconnus dans des cas pressants ou en l'absence de tout médecin civil. Nous ne voudrions pas non plus contester ce droit au confrère militaire qui s'est acquis une réputation véritable dans une branche spéciale de la médecine, le public ne doit pas être privé de ses lumières, s'il lui plait de lui demander ses soins et, d'autre part, la science lui crée une situation exceptionnelle, dont on ne pourrait, sans injustice, ne pas tenir compte. Mais il n'en est plus de même, Monsieur le Ministre, lorsque le médecin militaire pratique notre art avec l'intention bien manifeste d'en tirer un large profit et pour cela de se créer, en dehors de ses fonctions dans l'armée, une véritable clientèle civile. Car, en pareil cas, alors qu'il jouit déjà d'une situation qui doit lui assurer l'existence, il porte un préjudice grave à son confrère civil, sur lequel pèse d'un poids de plus en plus lourd des charges de toute sorte: impôts multiples, services peu ou pas rémunérés des indigents, des sociétés de secours mutuels, etc. ; obligations auxquelles le médecin militaire échappe complètement. Si le tort causé n'est pas très sensible dans les grands centres, s'il y suscite rarement des plaintes, il en est autrement dans certaines petites villes et surtout dans les garnisons où le nombre des médecins militaires a augmenté en même temps que celui des effectifs. C'est dans ces conditions que l'on a vu se produire des conflits entre militaires et civils, conflits qui ont donné lieu de la part de ces derniers, à des plaintes souvent justifiées, mais parfois aussi, nous devons le reconnaître, trop vives pour être écoutées comme elles l'eussent mérité. Quelques-unes cependant ont été suivies de mesures disciplinaires prises par l'autorité militaire. Je n'insisterai pas sur ce que peuvent avoir de fâcheux de pareilles divisions entre des hommes appelés, le jour d'une mobilisation, à concourir, sans distinction d'origine, à assurer les mêmes services. Dès le temps de paix, notre devoir est de nous efforcer de faire régner l'harmonie la plus complète entre les deux fractions du corps médical, pour en amener la fusion entière au moment du danger. Je viens donc, Monsieur le Ministre, vous demander au nom de notre Association, de vouloir bien me faire connaître votre manière de voir sur cette délicate question, afin que mes confrères sachent d'une façon précise quels sont les droits de chacun. Une fois bien fixé sur ce point, le bureau de l'Union se chargera volontiers de toutes les plaintes qui lui seront transmises par les syndicats médicaux, et ne vous soumettra que celles qui lui paraîtront justifiées, débarrassées de tout ce qu'elles pourraient renfermer d'irritant. J'espère, Monsieur le Ministre, que vous voudrez bien apprécier l'esprit de conciliation qui nous anime, et donner satisfaction à la demande que je suis chargé de vous adresser.

Veuillez agréer, etc.

Le Président de l'Union des syndicats médicaux de France, Dr L. PORSON.

Voici la lettre que Monsieur le Ministre de la Guerre a répondu :

Le Ministre de la Guerre à Monsieur le Président de l'Union des syndicats médicaux de France.

Monsieur le Docteur,

Vous avez, en votre qualité de Président de l'Union des syndicats médicaux de France, appelé mon attention sur les conditions de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires, à la suite de réclamations qui ont été adressées par plusieurs syndicats de province; à cette occasion, vous déclarez que « aucun des « membres du bureau de l'Union des syndicats médicaux de « France ne songe un seul instant a contester au médecin mili- « taire le droit de pratiquer la médecine en dehors de son service, « lorsqu'il s'agit d'amis, de parents ou même d'inconnus dans des « cas pressants ou en l'absence de tout médecin civil. » Vous ne voudriez pas, ajoutez-vous « non plus contester ce droit au « confrère militaire qui s'est acquis une reputation véritable dans « une branche spéciale de la médecine, le public ne devant pas « être privé de ses lumières s'il lui plait de lui demander ses soins « et, d'autre part, la science lui créant une situation exceptio- « nelle dont on ne pourrait, sans injustice, ne pas tenir compte. » En m'associant à ces idées conciliantes, je dois tout d'abord vous faire connaître que, depuis 1880, les instructions confidentielles annuelles sur les inspections générales du service de santé militaire avaient défini nettement les conditions dans lesquelles il était permis aux médecins de l'armée d'exercer leur art dans la clientèle civile et la décision que j'ai prise à la date du 30 mars courant les reproduit en les resumant; en voici la teneur : « La « pratique civile de la clientèle n'est compatible avec la situation « des médecins militaires et avec leurs devoirs envers l'armée « que si elle est désintéressée et gratuite, le médecin militaire « devant se borner, en principe, à donner son concours à ses « confrères civils, sans jamais leur faire une concurrence indigne « de la qualité d'officier et nuisible aux intérêts moraux de la « médecine d'armée. MM. les Directeurs du service de santé, les « médecins chefs, les chefs de corps et de service tiendront stricte- « ment la main à ce qu'aucun des officiers du corps de santé ne « paie patente et ne tienne en ville un cabinet de consultations. » Cette décision me paraît devoir résoudre d'une manière définitive la question sur laquelle vous avez bien voulu appeler mon attention : elle sera notifiée à tous les médecins militaires et vous pourrez la porter à la connaissance des membres de l'Union des syndicats médicaux.

Recevez, Monsieur le Docteur, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Général LOIZILLON.

Gynécologie. — M. le Dr Ch. FOURNEL commencera le lundi 17 avril 1893, à sa clinique particulière, rue Sainte-Anne, 65, un cours gratuit de gynécologie opératoire. Les élèves assistent et participent aux opérations. S'inscrire à la clinique de 1 à 2 heures.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 26 mars 1893 au samedi 1er avril 1893, les naissances ont été au nombre de 1223 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 446; illégitimes, 162, Total, 608 — *Sexe féminin :* légitimes, 442 ; illégitimes, 173. Total, 615.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 mars 1893 au samedi 1er avril 1893, les décès ont été au nombre de 1269 savoir : 662 hommes et 607 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15, F. 9, T. 24. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 8, F. 7, T. 15. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 9, F. 13, T. 22 — Diphtérie, Croup : M. 12 F. 22, T. 34. — Grippe : M. 5, F. 3, T. 8. — Phtisie pulmonaire : M. 148, F. 93, T. 241. — Méningites tuberculoses : M. 17, F. 17, T. 34. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 3, T. 14 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5 — Tumeurs malignes : M. 16, F. 32, T. 48. — Méningite simple : M. 14, F. 19, T. 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 30, F. 31, T. 61. — Paralysie, M. 3 F. 7, T. 10 — Ramollissement cérébral : M. 5 F. 4, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 46, F. 34, T. 80. — Bronchite aiguë : M. 31, F. 26, T. 57 — Bronchite chronique, M. 17, F. 25 T. 42. — Broncho-Pneumonie : M. 25 F. 23, T. 48, —Pneumonie : M. 45, F. 43, T. 88 — Autres affections de l'appareil respiratoire ; M. 31, F. 31, T. 62. — Gastro-entérite, biberon : M. 15 F. 17, T. 32 — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 7, T. 17. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4 — Débilité congénitale : M. 20, F. 18, T. 38 — Sénilité : M. 14, F. 35, T. 49 — Suicides : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres morts violentes : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres causes de mort : M. 87, F. 60, T. 147. — Causes restées inconnues : M 5, F. 2 T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 16. Total : 40. — *Sexe féminin :* légitimes, 26, illégitimes, 10. Total : 36.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le jeudi 24 mai 1893, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 13 mai 1893 inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1893 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1897.

Ecole pratique. Exercices opératoires sous la direction de M. Poirier, chef des travaux anatomiques. *Premier cours :* M. le Dr Regnault, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le jeudi 16 mars 1893, à 1 heure précise, Pavillon n° 3.

Internat de Paris. — *Banquet.* — Ce banquet aura lieu le samedi 8 avril à 7 heures, chez Marguery.

Association Médicale vélocipédique. — Il vient de se fonder à Paris un Club médical vélocipédique (C. M. V.), dont le but est de réunir les nombreux médecins qui pratiquent l'usage de la bicyclette, et de donner une sanction morale aux médecins de province qui se servent du vélo dans l'exercice de leur clientèle. Cette Société à élu pour président le Dr Bilhaut, 5, avenue de l'Opéra. Elle compte déjà de nombreux adhérents ; elle ne manquera pas de resserrer les liens de la confraternité entre les médecins amis de la pédale.

Hopitaux de Paris. — *Concours publique pour la nomination à trois places de médecin au bureau central d'admission.* — Ce concours sera ouvert le lundi 15 mai 1893, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des Candidats sera ouvert le lundi 17 avril 1893, et sera clos définitivement le samedi 29 du même mois, à trois heures.

Muséum d'histoire naturelle. — *Géologie.* — M. Stanislas Meunier, professeur, commencera ce cours le mardi, 11 avril 1893, à 5 heures du soir, dans l'amphithéâtre de la galerie de Géologie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Le professeur exposera l'ensemble des phénomènes qui constituent le métamorphisme et résumera les notions procurées par la méthode expérimentale à l'histoire mécanique et chimique des réactions internes des roches. Le cours sera complété par des *Excursions Géologiques* que des affiches spéciales annonceront successivement.

Muséum d'Histoire naturelle de Paris. — Des cours d'enseignement spécial pour les voyageurs auront lieu au Muséum d'histoire naturelle à partir du mardi 15 avril, pour continuer les jeudis, samedis et mardis suivants jusqu'au 6 juin. Ces cours auront lieu à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de zoologie. Dans des conférences pratiques faites dans les laboratoires ou sur le terrain, les auditeurs seront initiés à la récolte et à la préparation des collections, ainsi qu'à l'hygiène des voyageurs. Les dix-huit conférences que comporte le cours de 1893 seront faites par MM. Milne Edwards, Verneau, Oustallet, Vaillant, Bernard, Brogniart, Pouchet, Bureau, Van Tieghem, A. Gaudry, Stanislas Meunier, Lacroix et Gréhant.

Caisse des Pensions de retraite du corps médical français. — *Siège social : 22, place Saint-Georges, Paris.* — Ordre du jour de l'assemblée générale du 9 avril 1893 : 1° Lecture du procès-verbal de l'Assemblée générale de 1892 ; 2° Lecture du compte rendu annuel, par M. le Secrétaire général. — 3° Lecture du compte rendu financier de la Société, par M. le Trésorier. — 4° Communications diverses. Etudes des Statuts. Questions relatives aux modifications à apporter par suite de l'abaissement général du taux d'intérêt.

Enseignement populaire supérieur. — *Cours d'Hygiène sociale.* Professeur : M. le Dr A.-J. Martin. — La conférence pratique du Dimanche 9 Avril aura lieu aux nouveaux Réservoirs de Saint-Cloud (arrivée des Eaux de l'Avre. Départ par le train de 9 heures 5 du matin, gare Saint-Lazare, pour la station de Saint-Cloud.

Institut anti-rabique en Algérie. — Nous avons annoncé la création d'un Institut pour le traitement de la rage en Algérie, décidé à la suite d'un travail de M. le Professeur Trolard. Cet établissement va être construit sur un emplacement avoisinant les Ecoles superieures. Grâce à la persévérante initiative de notre savant confrère, les malades mordus par un animal atteint de la rage ne perdront pas un temps précieux pour faire le voyage de Paris et pourront recevoir des soins efficaces en temps utile.

XXIIe Congrès de la Société allemande de Chirurgie. — Ce congrès se tiendra à Berlin du 12 au 15 avril, sous la présidence du professeur Konig. Entre autres questions, le Congrès discutera les différents procédés de *narcose chirurgicale.*

Académie de Médecine. — Est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine de M. le Dr Magnan, pour remplir la place d'académicien titulaire, devenue vacante dans la section d'hygiène publique, par suite du décès de M. Guéneau de Mussy.

Faculté de Médecine de Nancy. — M. Simon (Marie-Eugène-Charles), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, chef des travaux d'histologie à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Trèche, démissionnaire.

Médecins députés. — M. le Dr Leroy a été élu député de la Somme.

Un médecin centenaire. — Il existe au Havre un docteur médecin, M. le docteur de Bossy, qui a atteint ses cent ans et qui était l'aîné de deux jours de Casimir Delavigne. Le docteur de Bossy exerce encore. Pendant la dernière période cholérique, il a été un des plus zélés pour soigner les malades et a obtenu une médaille d'honneur, qui lui fut remise au mois de janvier dernier. Le docteur de Bossy a été, cette semaine, à l'occasion des fêtes de Casimir Delavigne au Havre, l'objet d'une ovation particulière de la part de la foule. En passant sous ses fenêtres, des musiciens jouèrent une sérénade. Le centenaire parut sur son balcon et fut acclamé par plusieurs miliers de personnes.

Dévouement professionnel. — On signale de Lorient le dévouement d'un ancien médecin de la marine, le Dr Duliscouet. Il fut appelé, ces jours derniers, près d'un jeune enfant atteint d'angine diphtéritique. Le cas était désespéré et il pratiqua l'opération de la trachéotomie. Constatant que la respiration devenait de plus en plus faible, M. Duliscouet n'hésita pas à appliquer sa bouche sur la plaie et à insuffler de l'air dans les poumons du petit malade. L'enfant fut sauvé : mais, ce qui était inévitable, le médecin contracta le germe de la terrible maladie. M. Duliscouet, serait aujourd'hui hors de danger.

Nécrologie. — M. Arnold (Pierre-Marie-Antoine-Alfred), médecin-major de 2e classe, né à Schlestadt (Bas-Rhin), le 15 mars 1855, décédé à Guelma (Algérie) le 16 février 1893. — M. Burgkly (Gustave-Adolphe), médecin-major de 1re classe, en retraite, officier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique et che-

valier de l'Ordre pontifical de Pie IX, décédé subitement le 15 mars dernier à l'âge de 76 ans. — M. CUMINET (Emile), pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Dellys, vient de mourir à l'âge de 30 ans. Entré au service le 12 octobre 1882, nommé stagiaire le 7 novembre 1885, il avait été promu aide-major de 2e classe le 25 octobre 1886 et élevé à la 1re classe le 25 octobre 1888. M. Cuminet, qui avait été employé au Val-de-Grâce avant son départ pour l'Algérie, avait laissé les meilleures souvenirs dans cet établissement. Il venait d'être porté au tableau pour le grade de major de 2e classe. — M. le Dr BRUN, conseiller général républicain de l'Indre pour le canton de Chatillon-sur-Indre. — M. Ch. DETIENNE, décédé à l'âge de 78 ans, médecin principal retraité. — M. le Dr LEURQUIN, membre de la Commission médicale de la province de Liège, médecin principal de la Compagnie du chemin de fer Nord, Belge, etc., décoré de la croix civique de première classe, officier d'Académie. — M. le Dr A. Léon LABARTHE, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé dans sa 90me année, le 8 mars 1893, à Mauvezin (Gers). — M. RAYNAL ex-directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, décédé à Dammartin (Seine-et-Oise), à l'âge de 78 ans. M. Raynal avait été nommé, en 1861, membre de l'Académie de médecine pour la section de médecine vétérinaire. — Un éminent botaniste suisse, né à Paris en 1806, M. Alphonse DE CANDOLLE, est mort à Genève. Il avait fait la plus grande partie de ses études en cette ville, y avait pris son doctorat en droit en 1829, puis s'adonnant exclusivement à l'étude des sciences, y avait professé la botanique pendant près de vingt années. Fils du célèbre Augustin de Candolle, qui avait eu l'honneur de fixer, après Linné et Jussieu, la classification botanique, M. Alphonse de Candolle ne se contenta pas de suivre son père dans le chemin que celui-ci avait frayé. Il en ouvrit une autre et fut un des fondateurs de la géographie botanique. Le défunt avait été nommé officier de la Légion d'honneur en 1862 et élu, le 15 juin 1874, associé étranger de l'Académie des sciences de l'Institut de France, en remplacement d'Agassiz. Il était également correspondant de la Société royale d'Angleterre, membre d'un grand nombre d'autres sociétés savantes, docteur des universités de Bale, Heidelberg, Cambridge et Oxford. Il avait présidé les Congrès botaniques internationaux de Londres, en 1866, et de Paris, en 1867. Enfin, il avait siégé pendant plusieurs années dans le grand-conseil du canton de Genève. Voici la liste des principaux ouvrages de M. de Candolle : *Monographie des campanulées* (1830); *Introduction à l'étude de la botanique* (1834-5) ; *Géographie botanique raisonnée* (1855); *Lois de la nomenclature botanique* (1867) et *Nouvelles remarques sur la nomenclature* (1883), enfin une *Histoire des sciences et des savants depuis deux siècles* (1873), sans parler de nombreuses études parues dans des revues scientifiques et dont quelques-unes furent reunies en volume, notamment l'*Origine des plantes cultivées* (1883). — M. Victor-Thimothée FELTZ, professeur d'anatomie et de physiologie pathologique à la Faculté de médecine de Nancy, vient de mourir dans cette ville, à l'âge de 57 ans. M. Feltz était originaire de Hattstatt (Haut-Rhin). Nommé docteur en 1860, il avait attiré sur lui l'attention du monde médical par des recherches sur l'embolie, l'urémie et la tuberculose et avait été nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. En 1870, il s'était engagé comme médecin auxiliaire dans l'armée française et avait été nommé directeur de l'ambulance de Haguenau. Il traversa plus tard les lignes allemandes pour aller à Tours se mettre à la disposition du gouvernement de la Défense nationale. Le dévouement avec lequel il s'occupa des blessés de l'armée de la Loire lui valut la croix de la Légion d'honneur. Après la guerre il se rendit à Nancy, où il fut nommé professeur à la Faculté de médecine. M. Feltz a succombé, le 31 mars, à une pneumonie. Son corps a été transporté à Marlenheim, où se trouve le caveau de sa famille. Parmi ses publications, nous devons citer sa thèse de doctorat (*Des Grossesses prolongées*); sa thèse d'agrégation (Strasbourg) (*Diathèse et Cachexie*) ; ses *Mémoires* sur les amputations, la phtisie pulmonaire, le ferment typhique, etc. La plus grande partie de ses travaux ont été faits en collaboration avec le distingué chimiste Ritter. Citons en outre : *Etudes cliniques et expérimentales des embolies capillaires* (Paris, 1868); *De l'urémie expérimentale* (1881); *Uber Infections Krankheiten* (1872) ; et avec Coze : *Recherches sur les infusoires du sang* (1869, Strasbourg).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 15. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 15 AVRIL 1893.

Le Progrès Médical



PATHOLOGIE INTERNE

Paraplégie urinaire incomplète des membres inférieurs, accompagnée de pseudo-ataxie locomotrice et de paralysie du sphincter de la vessie, consécutives à un phimosis et complètement guéries après l'opération ;

par le Dr Solon CHOMATIANOS (d'Athènes).

Si la science médicale a pu faire dans la seconde moitié de ce siècle des progrès merveilleux, si les découvertes se sont multipliées, la plus grande partie en est due à l'étude exacte et soignée des observations cliniques, à l'examen minutieux et opiniâtre des divers phénomènes qu'ont présentés les observations, ainsi qu'à la recherche de leurs rapports physiologiques et anatomiques et à l'explication de leur connexion mutuelle au point de vue étiologique et pathologique.

Il nous est arrivé d'observer depuis peu un cas assez rare et très intéressant au point de vue symptomatologique, étiologique et thérapeutique, et, après une étude approfondie, nous avons jugé utile de le publier, pour attirer l'attention sur certaines particularités qu'il a présentées.

Le cas, dont il est question, concerne une paraplégie urinaire incomplète des membres inférieurs, accompagnée d'ataxie locomotrice et de paralysie du sphincter de la vessie, consécutives à un phimosis et complètement guéries après l'opération sans aucun autre traitement.

Tout d'abord, la paraplégie des membres inférieurs et la paralysie de la vessie sont connues dans la science comme se déclarant quelquefois, ainsi qu'on le verra bientôt, à la suite d'affections des organes génito-urinaires et, hormis leur rareté, elles n'offrent aucun autre intérêt; mais il n'en est pas de même de l'ataxie locomotrice; et, nous du moins, qui n'avons pu, malgré les efforts que nous y avons consacrés, la rencontrer dans les ouvrages et revues que nous avons étudiés jusqu'ici, nous sommes convaincu que l'observation que nous allons rapporter est unique dans la science.

Observation.

Le 26 décembre 1891, nous fûmes mandé pour la première fois par un officier supérieur de la cavalerie hellénique âgé de 58 ans, pour le visiter et lui donner nos soins. Nous l'avons trouvé au lit, se plaignant, d'un côté, de faiblesse des membres inférieurs et d'instabilité dans leurs mouvements, et, d'un autre, de parésie de la vessie, avec incontinence d'urine survenue depuis quelques jours à peine.

En interrogeant les antécédents, nous apprîmes que le malade n'avait jamais été atteint d'affection syphilitique; qu'il ne s'était jamais couché sur un terrain humide, que le froid ne l'avait jamais saisi ; qu'il n'avait été nullement soumis à des travaux corporels pénibles, ou à des marches prolongées, ou enfin à d'autres travaux qui l'aient contraint de courber son corps. Nous apprîmes également qu'il n'avait été ni attaqué par une maladie contagieuse aiguë, ni empoisonné par l'ergotine, le plomb ou quelque autre métal. Il n'avait, du reste, jamais abusé soit des plaisirs vénériens, soit du tabac ou des boissons alcooliques, et, hors une brièveté du frein congénital et quelques symptômes de fièvre palustre et plusieurs blennorrhagies qu'il avait eues dans sa jeunesse, il n'avait jamais été attaqué d'affection digne d'être mentionnée ; mais il eut à souffrir, depuis deux ans environ, d'une balanoposthite, sans cause apparente, pour laquelle il fit usage pendant longtemps d'injections astringentes entre le gland et le prépuce.

A partir de cette époque l'orifice préputial commença peu à peu à se rétrécir; mais, au début, grâce à des tractions pénibles et continues, il permettait la sortie d'une portion plus ou moins considérable du gland, sans pourtant être un obstacle à la miction ou au coït. Plus tard, le phimosis s'accroissant continuellement, le rétrécissement de l'ouverture préputiale devint tel qu'il n'était plus possible de découvrir le gland. Enfin, six mois auparavant, le rétrécissement de l'orifice était assez prononcé pour admettre à peine une petite tête d'épingle. Dès lors commencèrent les premiers troubles nerveux du malade, ressentant aux membres inférieurs, sans autre cause apparente, une faiblesse insignifiante au début, mais croissant sans cesse ; puis une dysurie, car les urines, s'accumulant entre le gland et le prépuce, ne pouvaient plus s'écouler librement et physiquement, mais goutte à goutte, sous l'influence d'efforts très violents.

Cette dysurie se transforma, dans les derniers jours, en une parésie complète du sphincter de la vessie, se présentant sous la forme d'une incontinence complète, et l'urine, continuant à s'écouler, mouillait les linges du patient jour et nuit. A la faiblesse des membres inférieurs, que nous avons signalée précédemment, s'ajouta une diminution de la liberté de mouvement et une extrême instabilité dans la marche, sans accompagnement de douleurs aux lombes ou aux membres inférieurs, ni de sensation d'embarras et de gêne, au ventre ou au thorax, pareille à celle d'une ceinture étroite, comme on l'observe chez les myélitiques, ni de trouble de la sensibilité de la peau, tel que l'engourdissement, l'anesthésie, le fourmillement, etc.

Ayant invité le malade à descendre du lit, nous constatâmes qu'il ne pouvait y réussir qu'avec beaucoup de difficulté et une extrême lenteur, contraint qu'il était de prendre avec ses deux mains un appui sur le bord du lit dans le but de soulever ses membres inférieurs, ou, le plus souvent, de recourir à l'aide des personnes qui l'entouraient. La même chose lui arrivait toutes les fois que, assis sur son vase de nuit ou se trouvant aux lieux d'aisance pour satisfaire ses besoins naturels, il essayait de se lever. Une fois debout, il se mettait à marcher, mais avec une très grande difficulté, car son pas était mal assuré, et quelquefois même il chancelait ; en outre, il lui était impossible de se tenir debout sur l'un ou l'autre de ses pieds. Quand il marchait dans sa chambre, il se plaignait de ne pas ressentir l'impression produite par le contact du parquet et même il lui semblait qu'entre ses pieds et le parquet s'introduisait un morceau de feutre mou. En outre, nous observâmes une ataxie marquée dans les membres inférieurs, consistant en un pas non assuré, avec impossibilité de reculer (signe d'Althaus), de sorte que le patient préférait garder le lit jour et nuit, ne se confiant plus dans la marche en l'obéissance de ses muscles ; en effet, après l'occlusion des yeux ou dans l'obscurité, il penchait tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, étendait les bras et risquait de perdre l'équilibre (signe de Romberg). Bien plus, nous observâmes une abolition complète du réflexe rotulien (signe de Westphal), ainsi que la fixité réflexe de la pupille, qui ne se contractait nullement sous l'influence de la lumière, mais conservait au contraire sa sensibilité à l'accommodation (signe d'Argyl-Robertson). L'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil ne nous montra rien d'anormal. Les facultés intellectuelles demeuraient intactes, le sens du toucher, de la température et de la douleur existaient par tout le corps ; il en était de même de tous les autres sens La résistance des muscles aux mouvements passifs, dans les

membres inférieurs, subsistait encore, mais n'était pas très vive. L'examen par le rectum, du col de la vessie, ne nous fit pas voir d'hypertrophie de la prostate; celui de la région hypogastrique ne nous permit pas de constater dans la vessie une accumulation d'urine de façon à pouvoir conclure que l'incontinence d'urine se faisait par regorgement. L'analyse chimique et microscopique des urines ne nous offrit ni pus, ni cellule épithéliale de la vessie ou des reins, ni albumine, ni sucre.

Or, en nous basant sur les syndromes des phénomènes précédents, nous avons diagnostiqué une paraplégie incomplète des membres inférieurs avec ataxie locomotrice et parésie du spincter de la vessie, tenant sinon à une lésion organique de la moelle épinière, du moins à un trouble mécanique, pathologique ou fonctionnel par action réflexe, dû probablement au phimosis. En effet, la pathologie chirurgicale nous enseigne que de tels phimosis peuvent influencer de diverses manières la vessie et provoquer quelquefois, tantôt mécaniquement, une dysurie ou rétention d'urine par oblitération de l'orifice préputial qui, irrité par l'urine, s'enflamme, s'ulcère et finit par se souder, ou par absence de parallélisme entre le méat urinaire et l'orifice préputial, ou par l'existence d'une adhérence partielle ou totale entre le gland et le prépuce, comme l'a si bien expliqué Laugier (1) ; tantôt, pathologiquement, comme l'a démontré Fleury (2), déterminer des uréthrite et cystite chroniques, l'engorgement de la prostate, etc., et souvent même, fonctionnellement, des troubles nerveux caractérisés par une cystalgie, une parésie ou paralysie du col ou du corps de la vessie.

Le diagnostic de la maladie une fois posé, nous avons conseillé au patient de se soumettre à l'opération du phimosis, qui offrait le plus de chance de succès, car, grâce à cette opération seule, absolument indiquée, nous espérions obtenir, sinon une guérison intégrale, du moins une amélioration marquée dans les phénomènes paralytiques.

Une semaine après nous fûmes de nouveau mandé chez le malade, dont l'état s'était aggravé et l'avait déterminé à se soumettre à l'opération.

On sait que pour faire disparaître le phimosis, il existe principalement deux procédés opératoires : la dilatation et l'opération sanglante. Nous n'avons pas ici à nous occuper du premier, car le rétrécissement énorme de l'orifice du prépuce ne permettait pas l'introduction d'instruments dilatateurs et, de plus, par suite du prolongement excessif de ce prépuce, le procédé en question n'offrait aucune chance de succès. Nous ne pouvions donc employer que le second procédé, c'est-à-dire l'opération sanglante.

Parmi les nombreuses méthodes opératoires qui ont été mises en pratique par les différents chirurgiens, nous avons donné la préférence à la circoncision qui, avec sa simplicité, produit les meilleurs résultats, comme nous l'avons pu constater fréquemment.

L'opération du phimosis une fois pratiquée avec succès, nous avons introduit dans la vessie une sonde permanente pour faciliter l'évacuation des urines et empêcher l'humectation du pansement et de la plaie, qui pouvait entraver la réussite de la réunion par première intention, que nous cherchions à obtenir. La facile introduction de cette sonde, relativement volumineuse, écarta tout soupçon d'existence d'un rétrécissement uréthral.

Le cinquième jour qui suivit l'opération, nous avons enlevé la sonde, ainsi que la plus grande partie des fils (crin de Florence), dont le restant fut laissé jusqu'au huitième jour, alors que la plaie était complètement fermée sans suppuration.

Quinze jours plus tard, l'incontinence d'urine commença à se modérer, et cette amélioration fut tellement accentuée que, vers la fin de janvier, le malade pouvait déjà retenir totalement ses urines le jour comme la nuit et uriner physiologiquement comme auparavant, à des intervalles de temps réguliers. La guérison de la paralysie de la vessie fut bientôt suivie d'une amélioration essentielle dans l'état des membres inférieurs, tellement que, quarante jours plus tard, il put partir pour la Thessalie, complètement guéri, et faire de longues marches, sans qu'aucun phénomène ataxique ou paraplégique se présentât. Quelques jours avant son départ, nous avons constaté, après examen, que les réflexes rotuliens avaient reparu, ainsi que la contractilité de la pupille sous l'influence de la lumière. Nous avons de nouveau visité le malade quelque temps après son retour de Thessalie : ses forces et sa santé étaient plus florissantes que jamais.

***

Voilà en peu de mots l'histoire de notre malade que nous avons essayé de décrire avec le plus de concision et d'exactitude possibles. Il nous reste à traiter quelque peu les phénomènes les plus essentiels de cette observation et tâcher de les expliquer, en nous basant sur les données de la science.

A part le phimosis, dont nous nous sommes suffisamment occupé et sur lequel nous reviendrons à la fin, il y a trois phénomènes principaux qui frappent dans notre observation. Ce sont : 1° L'incontinence d'urine, consécutive à la paralysie du sphincter de la vessie ; 2° Les phénomènes paraplégiques des membres inférieurs ; 3° Les phénomènes ataxiques qui se sont déclarés chez le malade.

A). Paralysie du sphincter de la vessie. — On sait que la vessie, disposée sur le trajet des voies urinaires comme un réservoir destiné à recueillir les liquides sécrétés par les reins et à les expulser au dehors à des intervalles plus ou moins éloignés, est pourvue, pour remplir ces deux fonctions opposées, de deux appareils musculaires antagonistes. Ce sont : un sphincter du col qui par sa tonicité ferme complètement l'orifice vésical et une tunique musculaire dont la contractilité, mise en jeu par l'accumulation du liquide dans le réservoir, lutte contre la résistance du sphincter et finit par en triompher. L'un et l'autre de ces appareils peut sous l'influence de diverses causes perdre son pouvoir contractile, être atteint de paralysie, et celle-ci se manifestera dans l'un et l'autre cas par des symptômes absolument opposés, à savoir dans le cas de paralysie du sphincter, par une incontinence du liquide urinaire et par un écoulement continu des urines, comme dans le cas qui nous occupe, alors que le cathétérisme de la vessie montre que celle-ci est vide et contractée ; tandis que dans le cas de paralysie de la tunique musculaire, par une rétention absolue de ce liquide et par une dilatation de la vessie, dans le cas où les urines s'écoulent contre la volonté du patient, ce qui provient d'un regorgement de la vessie, et sans une incontinence véritable, alors que l'examen de la région hypogastrique et le cathétérisme prouvent que la vessie est complètement pleine.

Ces faits, signalés de longue main, principalement par Ollivier (d'Angers), ne sont pas aussi faciles à expliquer qu'on se l'était imaginé jusqu'ici; mais rien n'aurait pu être plus simple, s'il était démontré anatomiquement que les nerfs qui concourent à la contractilité du col ont une origine différente des nerfs dont dépend la contraction du corps de la vessie.

Mais, malheureusement, cette question anatomico-physiologique, malgré les profondes recherches faites sur des chiens et des lapins par Büdge, Gianuzza, de Kupressow et d'autres, est restée encore obscure et n'a pu être complètement éclaircie jusqu'en ces derniers temps, car la plupart des anatomistes ont fait connaître simplement que les nerfs de la vessie dérivaient du plexus hypogastrique. Toutefois, si cette question, disons-nous, n'a pas été jusqu'ici élucidée par les recherches anatomiques et physiologiques, du moins les observations cliniques nous déterminaient depuis long-

(1) *Archives générales de médecine*, 1831.
(2) *Thèse de Paris*, 1874.

temps à accepter comme vraie l'origine différente, dans la moelle épinière, des nerfs (1) de ces deux systèmes musculaires, car l'opinion émise par Vulpian, à savoir que les lésions médullaires, siégeant au-dessus de la douzième dorsale, donnent lieu à la paralysie du col vésical, tandis que celles du sphincter sont produites ordinairement par des lésions portant sur les pointes inférieures de la moelle ou sur la queue de cheval, a été démontrée la plupart du temps très exacte. Poussé par ces différences pathologico-anatomiques et cliniques, nous nous sommes livré à une étude plus détaillée et à un examen anatomique minutieux des nerfs de la vessie, dans le but seul de préciser l'origine et la distribution différentes de ces nerfs, et nous croyons avoir résolu la question comme il suit :

Les nerfs de la vessie sont de trois sortes : sensitifs, moteurs et mixtes, et proviennent du plexus cystique, des branches antérieures des 3e et 4e rameaux du plexus lombaire et du plexus sacré. Les plexus cystique et lombaire se distribuent dans le bas-fond et dans les trois quarts du corps de la vessie ; quant aux nerfs qui dérivent du plexus sacré, ils se distribuent dans le col de la vessie, qui reçoit encore les rameaux du nerf bulbaire provenant du rameau profond du nerf honteux qui est rameau collatéral du plexus sacré.

Cette énervation de la vessie nous montre l'origine différente des nerfs dans la moelle épinière et nous explique pourquoi les diverses régions de la vessie ont une sensibilité inégale, à savoir extrêmement faible dans le bas-fond et très vive dans l'orifice vésical ; elle démontre, de même, pourquoi les dilatations et contractions des deux systèmes musculaires antagonistes et par conséquent leurs paralysies, peuvent n'avoir aucun rapport entre elles et être indépendantes, car, par exemple, la paralysie du corps de la vessie n'entraîne pas celle du col et réciproquement la paralysie du col ne détermine pas celle du corps de la vessie.

En tenant compte de ces différences anatomiques, nous pouvons comprendre pourquoi les lésions de la moelle épinière, histologiques ou fonctionnelles, entraînent à leur suite, selon leur siège, tantôt une paralysie du col, tantôt une paralysie du corps de la vessie.

Si nous voulons passer en revue les diverses causes susceptibles de provoquer des paralysies de la vessie et chercher à préciser, par la méthode de l'élimination, la paralysie en question, nous remarquons que celles-ci sont multiples et variées, mais elles sont loin de présenter toutes le même intérêt au point de vue chirurgical. La paralysie de la tunique musculaire, entraînant à sa suite une rétention d'urine, survient quelquefois dans le cours de fièvres graves ; mais de telles fièvres n'ont pas précédé les phénomènes paralytiques de la vessie qu'a présentés notre malade.

Les lésions traumatiques et les affections organiques du cerveau peuvent aussi déterminer une paralysie de la vessie qui est de règle pour ainsi dire dans le traumatisme et les lésions organiques médullaires. Mais dans le cas qui nous occupe, aucune de ces causes multiples n'a été signalée.

Des néoplasmes, des exsudations et des abcès dans le ventre, des fractures dans la colonne vertébrale et diverses autres lésions pathologiques hors de la moelle épinière (extramédullaires), peuvent aussi par une pression exercée sur les nerfs cystiques déterminer une paralysie de la vessie : un examen minutieux du patient n'a décélé la présence d'aucune de ces lésions, soit dans le ventre, soit dans la colonne vertébrale. L'hystérie, l'épilepsie et les autres névroses peuvent aussi provoquer une paralysie de la vessie ; mais notre malade n'a présenté aucun signe d'hystérie ou d'autre névrose. Velpeau signale également la chloroanémie comme pouvant, dans quelques cas, aboutir au même résultat. Même si nous voulions accepter cette cause comme réelle, elle ne peut guère présenter d'intérêt, car notre sujet était loin d'être chloroanémique.

L'ataxie locomotrice est accompagnée fréquemment, 36 cas sur 39 (Geffrier), de troubles urinaires et surtout de phénomènes paralytiques de la vessie qui dans certains cas déterminent seuls la maladie. Du moment que le malade présentait des phénomènes ataxiques manifestes, on pouvait facilement attribuer la paralysie de la vessie à l'ataxie locomotrice ; mais la guérison complète de cette paralysie, obtenue à la suite de l'opération du phimosis, nous porte à ne pas la considérer comme étant en rapport étiologique avec ses phénomènes ataxiques, mais comme due à une simple coïncidence, car les phénomènes ataxiques, ayant complètement disparu peu de temps après l'opération, ont été démontrés comme ne tenant pas à une lésion organique des cordons postérieurs de la moelle épinière, mais uniquement à un trouble fonctionnel de cette moelle : on peut donc les considérer comme pseudo-ataxiques.

La paralysie vésicale, surtout la paralysie incomplète ou atonie, est le plus souvent sous la dépendance d'une lésion de la paroi musculaire du réservoir urinaire. Toutes les fois que, sur un point quelconque de l'urèthre, il existe un obstacle à la libre expansion de l'urine, des modifications ne tardent pas à paraître dans la constitution des parois vésicales, qui s'épaississent, s'hypertrophient et donnent naissance à ces vessies déformées que l'on désigne sous le nom de vessies à colonnes saillantes. Qu'elles soient sous la dépendance d'une hypertrophie prostatique ou d'un rétrécissement uréthral, ces lésions tunicaires sont histologiquement représentées par une sclérose plus ou moins avancée de la tunique moyenne du réservoir, avec atrophie ou dégénérescence toujours appréciable des fibres musculaires. C'est cette atrophie qui est la cause immédiate de l'atonie ou paralysie incomplète de la vessie dont les lésions prostatiques ou uréthrales sont ainsi la cause éloignée. Mais la présence d'une telle paralysie ne s'est pas décélée chez le malade ; en effet, la disparition rapide et complète de la paralysie, après l'opération du phimosis et le rétablissement des fonctions vésicales sans aucun autre traitement, éliminent toute hypothèse d'existence dans la vessie d'une semblable lésion histologique. (*A suivre*).

(1) Vulpian. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Moelle, 2e série, t. VIII, p. 571.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE ROME. — *Comité français d'initiative et de propagande.* — Le comité central italien a adressé au comité français les renseignements suivants relatifs à l'une des sections du Congrès international de Rome. M. le Pr Jules FANO est chargé par le comité central d'une mission spéciale auprès du vice-roi des Indes Orientales, auquel le consul général d'Italie, par ordre du gouvernement italien, l'a présenté. Le comité central a déjà reçu communication des rapports de M. Fano et du consul général italien ; il a décidé, en conséquence, de consacrer une partie des séances de la section d'hygiène (section XV) à une discussion sur le *traitement du choléra et les mesures quarantenaires.* Le consul général d'Italie à Calcutta a présenté au vice-roi une demande émanant du comité central et priant le gouvernement des Indes de nommer une commission spéciale, chargée de présenter un rapport sur ces questions au Congrès de Rome. M. le Pr Cunningham, le célèbre médecin anglais, qui étudie en ce moment aux Indes le choléra dans son lieu d'origine, a été nommé président de cette commission.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Loi sur l'Assistance médicale.

La discussion du projet de loi sur l'Assistance médicale gratuite va bientôt reprendre au Sénat, et le moment est favorable pour exposer l'une des revendications à laquelle le corps médical attache justement la plus grande importance.

Il n'est pas besoin de faire remarquer le rôle prépondérant que le médecin, par la nature même de sa profession, est appelé à jouer dans tout service d'assistance. C'est le médecin qui, jusqu'à ce jour, a supporté tout le fardeau de l'assistance des indigents, et l'on pourrait dire qu'il a été seul à les secourir réellement, puisque, sans fortune la plupart du temps, il a donné ses soins et ses peines, dont il aurait dû tirer profit, quand ceux dont on vante la charité ne donnent qu'une part de leur superflu.

De tout temps les représentants de l'autorité ont fait appel « au dévoûment si connu des médecins » — c'est la formule consacrée — et n'ont pas paru se douter que ce devoûment était souvent le seul héritage que, après une vie toute de labeur, nous puissions léguer à nos enfants.

On ne saurait donc comprendre comment, alors que l'on nous tient en si haute estime, on ne songe pas à faire appel à nos connaissances spéciales au sein de la Commission d'assistance. Cette Commission, chargée de dresser la liste des indigents devant être secourus, *pourra* (art. 12 de la Commission et 14 du projet du gouvernement) nous consulter. Cela veut dire, d'après M. le Directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur, qu'elle *devra* le faire : nous demandons avec M. le Pr Cornil, sénateur de l'Allier, avec le Président de l'Union des Syndicats de France, qu'elle y soit explicitement contrainte.

Nous remercions M. Cornil d'avoir pris la défense de ses confrères, modestes praticiens des campagnes, et nous le prions de demander au Sénat que le médecin soit, *de droit*, membre de la Commission d'assistance, et avec *voix délibérative*.

Sans faire d'injure à personne, on peut dire que le médecin est le mieux préparé au rôle assigné aux membres de la Commission de l'assistance. En contact de tous les instants avec les pauvres, il connaît mieux que tout autre les personnes qui doivent être inscrites sur la liste des indigents. Et, s'il a intérêt à ce que cette liste comprenne nominativement tous les indigents, il n'a pas un intérêt moindre à en faire éliminer ceux qui peuvent supporter les frais d'une maladie et les divers contre-coups d'un chômage momentané ; en s'assurant une meilleure rémunération de ses peines et soins, le médecin sauvegardera donc les finances communales, que des considérations politiques et autres pourraient compromettre. Mais ce n'est pas tout. Dans quelques mois la déclaration des maladies contagieuses sera obligatoire pour le médecin. Cette obligation aura pour corollaire l'exécution des mesures propres à enrayer l'expansion des foyers épidémiques, et à les détruire sur place. Dès lors, qui, mieux que le médecin, pourra indiquer les mesures préservatrices ; qui, plus au courant des moyens appropriés, pourra les faire connaître et diriger leur emploi ? Le médecin ne résume-t-il pas alors, pour ainsi dire, toute la Commission elle-même ? Ses collègues n'auront-ils pas le devoir strict de s'incliner devant son opinion et de la partager ?

Nous verrions ainsi les Commissions d'assistance se préoccuper des questions d'hygiène et remplacer, en quelque sorte, les Conseils d'hygiène qui, dans nos campagnes du moins, n'existent pas. Associer les membres des Commissions d'assistance à l'exécution des mesures que l'hygiène commande, ce serait leur donner un rôle utile et bienfaisant ; ce serait faire d'eux les auxiliaires du médecin dans sa lutte contre l'empirisme et les préjugés.

Peut-on vraiment comprendre comment le Gouvernement n'a pas songé à donner une place au médecin dans les Commissions de l'assistance, et dans les Conseils d'administration des hôpitaux ruraux ? Qui pourrait blâmer le rôle prépondérant du médecin au sein des Commissions de l'assistance ? Ne le devra-t-il pas à ses études, aux connaissances spéciales qui lui ont fait obtenir un diplôme dont, après tout, il a droit de se prévaloir ?

Tout ce qui peut contribuer au relèvement moral du médecin profite, en définitive, à la Société elle-même. Mais, a-t-on dit, le médecin ne peut à la fois être membre de la Commission et médecin du service de l'Assistance, en d'autres termes être à la fois administrateur et administré. Il nous suffira de répondre que le médecin de l'Assistance n'est nullement un fonctionnaire, puisqu'il est libre d'accepter ou de refuser les conditions établies par le service de l'Assistance, et que, de plus, la Commission de l'assistance n'a pas de contrôle à exercer sur le fonctionnement du service.

Rien ne s'oppose donc à ce que l'on accorde au médecin l'entrée dans la Commission *avec voix délibérative*. L'autorité scientifique du médecin aura ainsi les plus heureux effets sur la santé publique dont l'amélioration est le but de ses constants efforts. M. B.

Le Congrès français de Chirurgie.

Septième session (Séance de clôture).

La septième session du Congrès français de Chirurgie, dont l'éclat a frappé tout le monde, s'est close samedi dernier, à 2 heures, par l'Assemblée générale accoutumée. Cette année, les Parisiens étaient venus en nombre fort respectable. Remercions-les.

Aucune communication importante n'a été faite par le Bureau, en dehors de la nouvelle annoncée par M. le Secrétaire général adjoint relativement à la déclaration d'utilité publique, qui ne saurait tarder. Au pied levé et sans discussion, on a décidé que le prochain Congrès aurait lieu, en octobre 1894, le 3e lundi d'octobre. En 1894, il n'y aura, comme cette année, que deux questions à l'ordre du jour. Ce sont : 1° *Etiologie et pathogénie du cancer ; 2° Chirurgie du rachis.*

On a procédé ensuite aux élections. M. le Dr Berger a été élu, par acclamation, membre du Comité permanent ; M. Tillaux, vice-président, a été acclamé comme président, et M. Alphonse Guérin, nommé au scrutin secret, à la presque unanimité des votants, vice-président

pour 1894. Les secrétaires des séances ont été réélus par acclamation. M. B.

L'Association générale des Médecins de France.

(*Assemblée générale de* 1893).

L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France s'est réunie, dimanche dernier, en assemblée générale, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

La séance s'est ouverte à deux heures, en présence d'un auditoire peu nombreux, composé des représentants des Sociétés locales des départements et de la presse médicale. Au début de la séance, M. le professeur Lannelongue, président en exercice, a pris la parole. Ce chirurgien, dans un discours très applaudi, a consacré d'abord un souvenir très ému aux adhérents morts au cours de la dernière année et rappelé le dévouement et l'abnégation dont les sociétaires ont fait preuve pendant les épidémies de 1892. Traitant ensuite les intérêts de l'Association, il a surtout exprimé le regret qu'une demande formulée par le conseil, relative au vote de l'indemnité-maladie, n'ait point été acceptée par la majorité.

« Aussi, puisque vous n'avez pas voulu créer la caisse indemnité-maladie, puisque j'ai reçu pour elle l'affront d'un refus de 6,000 francs, je ne me tiens pas pour battu, et je reporte cette somme à la caisse des pensions de retraite. »

Après ce discours, l'assistance a entendu les communications faites par MM. Boutin. Brun et Lereboullet sur les exposés de la situation financière, de la gestion financière et des actes de l'Association pendant l'année 1892. Il a été procédé ensuite à l'élection d'un secrétaire général, en remplacement de M. Riant, démissionnaire, et à celle de la commission chargée de l'examen des demandes de pensions viagères. L'Association a élu secrétaire général notre très distingué confrère, M. Lereboullet, membre de l'Académie de médecine, et membres de la commission MM. Bucquoy, Laënnec, Motet, Riant, Laguerre, Charbonnier, Hallopeau et Philbert. La séance s'est terminée par la lecture faite par M. le docteur Worms, membre de l'Académie de médecine, de la première partie de son rapport sur les pensions viagères à accorder en 1893.

Le lendemain, lundi, à 2 heures, les médecins, délégués des Sociétés locales se sont réunis à nouveau, toujours sous la présidence de M. Lannelongue, pour discuter les conclusions du rapport de M. Worms sur les pensions viagères et de celui de M. Bucquoy sur la question relative à l'indemnité pour cause de maladie. 93 pensions de 600 francs chacune seront attribuées à des médecins âgés ou infirmes (1).

La prospérité de l'état financier de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France est évidente. L'ensemble des capitaux est de 2,722,296 francs. L'excédent sur l'actif de 1891 est, pour l'année 1892, de près de 86,000 francs.

C'est la question de l'indemnité pour cause de maladie qui a été l'objet de la discussion la plus intéressante. Il ne sera plus question, du moins pour le moment, ni d'une caisse d'assurances, ni même d'une caisse spéciale dont les ressources seraient puisées dans la caisse des pensions. Mais il est probable que, dans un avenir très prochain, on mettra à l'étude une combinaison susceptible de donner satisfaction aux vœux du Conseil général de l'Association.

(1) C'est un progrès réel dont on doit savoir gré au Conseil général de l'Association.

Du moins, c'est ce qui nous a paru ressortir de la séance de lundi. On s'est rallié en effet à la proposition de M. Lereboullet. Or, ce dernier préfèrerait que la caisse indemnité-maladie fût créée en dehors de l'Association et que ce fût une Société civile d'assurances, analogue aux autres. L'Association se bornerait à accorder son patronage moral à cette œuvre et pourrait solder, dans quelques cas, la cotisation des médecins très nécessiteux. De la sorte, elle resterait tout à fait dans son rôle de société de bienfaisance. Le vaillant défenseur de l'indemnité-maladie, M. Lande (de Bordeaux), champion toujours sur la brèche en ces occasions, a admis cette combinaison ; mais le Président n'a fait voter qu'une proposition d'après laquelle la question reste ouverte et est confiée à une commission formée par le Conseil général.

Nous aurions voulu reproduire plus loin cette discussion avec plus de détails (1), après avoir analysé le rapport de M. Bucquoy; mais les nécessités de la mise en pages nous obligent à restreindre cet article. Nous aurions voulu aussi rendre hommage au réel talent avec lequel M. Lereboullet s'est acquitté de sa tâche, tout en faisant remarquer qu'il a un peu laissé de côté, dans l'affaire des patentes, le rôle joué par l'Union des syndicats médicaux de France (2); nous aurions voulu rétablir un peu les faits, en ce qui concerne le rapport de M. Durand-Fardel, à propos de la question de l'exercice de la médecine par les médecins militaires (3), etc.

Mais tout cela nous aurait entraîné trop loin. Souhaitons que l'an prochain, à pareille époque, nous ayons les coudées plus franches, ce qui est à prévoir d'ailleurs, puisque le Congrès de Chirurgie n'aura lieu, cette année-là, qu'en octobre. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 avril 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

Discussion sur l'épidémie de typhus.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait l'histoire de l'épidémie actuelle de typhus dans les prisons de Paris. C'est au Dépôt, établi dans de très mauvaises conditions, recevant chaque jour des centaines de détenus, qu'a été le point de départ de l'épidémie. Le typhus paraît y avoir été apporté par un vagabond venu à pied de Lille à Paris et arrêté peu après son arrivée. Cet homme dut être envoyé à l'Hôtel-Dieu huit jours après son entrée au Dépôt. On ne sait s'il a contracté le typhus à Lille ou à Amiens. De ce premier foyer sont nés trois foyers secondaires, à Nanterre, à la prison de la Santé, à l'Hôtel-Dieu, par transport des détenus du Dépôt. Pourtant à Nanterre un employé et un détenu ancien ont été frappés. A l'Hôtel-Dieu un élève externe et un malade ont été également atteints. En dehors

(1) Voir page 294.
(2) Voir les dates des pétitions au Sénat.
(3) Voir *Progrès médical*, n° 14, p. 270.

de ce premier foyer cinq cas ont été observés dans les hôpitaux. Un cas mortel paraît s'être produit en ville, rue Jean-Jacques-Rousseau. Le nombre total des cas a été jusqu'ici de 62 avec 15 décès.

Les mesures de désinfection, d'isolement, d'évacuation, ont été prises. Mais il serait désirable que l'Assistance publique réunît dans un même local tous les cas de typhus; ce local devrait comprendre deux pavillons, l'un pour les cas avérés, l'autre pour les cas simplement suspects.

En général la maladie a débuté 12 jours après la sortie du Dépôt par une hyperthermie, des accidents ataxo-adynamiques très intenses. L'éruption a été variable mais caractéristique. La mort est survenue, quand elle a eu lieu, vers le huitième ou neuvième jour

M. Colin insiste sur les conditions déplorables du Dépôt, la nécessité de la désinfection des vêtements, des bains, chez les vagabonds qui y sont reçus.

M. Lancereaux a soigné 13 typhus à l'Hôtel-Dieu avec 2 décès seulement. A Etrépagny a existé, il y a très peu de temps, une épidémie de typhus ayant déterminé 18 décès. Là encore l'origine paraît avoir été un dépôt de vagabends.

M. Rochard a observé le typhus en Bretagne et dans les armées. En Bretagne les femmes furent particulièrement atteintes, car c'étaient elles qui soignaient les malades. Outre les lésions classiques, il existait à l'autopsie de la diffluence de la rate et un épanchement péritonéal. Dans les armées, la mortalité du typhus est beaucoup plus considérable que dans les autres épidémies. Dans un siège 16.000 hommes moururent sur 24.000. Dans une ambulance 370 malades succombèrent sur 375. La contagion, dans un cas comme dans l'autre, est certaine.

M. Ollivier rappelle que le typhus est non seulement épidémique, mais endémique dans le Finistère et le Morbihan. Il y a là une contagion toujours possible.

M. Leloir annonce que depuis deux mois le typhus sévit à Lille dans une prison absolument encombrée. Le fait a été aussitôt signalé à l'administration, mais l'isolement semble avoir été insuffisant. En dehors des symptômes classiques le crachottement incessant, l'odeur particulière des malades, la constipation opiniâtre doivent être signalé. Cette nouvelle inattendue expliquant l'origine de l'épidémie parisienne, produit une emotion véritable.

M. Dujardin-Beaumetz, M. Laboulbène, M. Bergeron regrettent que, l'administration ayant été prevenue dès le début, l'existence de cette épidémie n'ait pas été signalée plus tôt. Le silence même des médecins de Lille étant critiqué, M. A. Guérin rappelle qu'autrefois Pelletan, ayant signalé une épidémie survenue dans son service de Bicêtre, fut blâmé et provisoirement suspendu par l'Administration. Les médecins de Lille ont donc pu se contenter de l'avertissement qu'ils ont donné officiellement au Ministère de l'Intérieur.

M. Worms a observé le typhus en Crimée. Sur 55,000 malades atteints 40,000 succombèrent. Très longue au début de l'épidémie la durée de la période d'incubation devint ensuite de plus en plus courte, M. Worms vit un malade succomber le surlendemain de son arrivée de France. Au point de vue de l'importance de l'hygiène et surtout de la nécessité d'une bonne alimentation, M. Worms rappelle que l'armée anglaise, infiniment mieux nourrie que la nôtre, fut presque complètement épargnée.

La vaccinoïde.

A propos de la discussion sur la fausse vaccine, M. Cadet de Gassicourt rapporte le fait suivant. Une petite fille, n'ayant pas eu de variole, née d'une mère qui n'avait jamais eu de variole et n'avait même pas été vaccinée, présenta à sa première vaccination des boutons de fausse vaccine. Ceux-ci lui donnèrent pourtant une immunité telle que jusqu'à quinze ans elle fut revaccinée à huit reprises inutilement.

L'Académie se forme en Comité secret pour entendre le rapport de M. Weber sur les titres des candidats correspondants nationaux (3e division). Voici la liste de classement : 1re ligne, M. Galtier, de Lyon ; 2e ligne, M. Baillet, de Bordeaux ; 3e ligne *ex æquo*, MM. Cornevin, de Lyon, Humbert (vétérinaire militaire), Laulanié, de Toulouse, Neumann, de Toulouse.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 7 avril. — Présidence de M. Ferran.

M. Bourcy, pour prendre date, communique deux observations de *typhus exanthématique* qu'il a recueillies ces jours derniers dans son service à l'Hôtel-Dieu annexe. L'un de ces malades semble devoir guérir, l'autre a succombé le 10e jour. A l'autopsie, les viscères sont extrêmement congestionnés. Dans l'intestin on ne trouve aucune des lésions classiques de la dothiénentérie. La rate, très volumineuse, pesait 750 grammes, elle est actuellement soumise à l'examen bactériologique.

M. Chantemesse, qui a fait cet examen, n'a trouvé ni le bacille typhique ni d'autres germes. Il faut donc éliminer le diagnostic de fièvre typhoïde.

M. Netter.— Chez les malades de l'Hôtel-Dieu, le diagnostic de typhus exanthématique n'est pas douteux.

MM. Rendu, Comby, Mathieu et Legendre, après la communication de M. Bourcy, trouvent la vraie nature de l'affection de certains malades, qu'ils avaient jusqu'ici considérés comme des grippes graves et anormales ou des fièvres typhoïdes à marche irrégulière.

M. Gaucher communique un cas *isolé de choléra vrai.* Le malade, entré le 16 mars pour un zona du nerf sciatique, présentait le 24 tous les symptômes du choléra grave, on trouvait le bacille-virgule dans les selles. Il présente ce cas pour que, s'il en existe d'autres analogues, l'administration municipale, fidèle à ses habitudes, ne les dissimule pas.

M. Hanot lit une note sur l'*ictère grave hypothermique.* La nature microbienne des ictères graves est aujourd'hui admise. Il s'agit de savoir si la symptomatologie varie suivant les microbes, causes de la maladie. Dans la forme d'ictère grave ou pseudo-grave hypothermique, l'infection est due au coli-bacille. L'antisepsie intestinale dans les maladies du foie est un moyen des plus efficaces pour éviter cette complication.

M. Galliard vient d'observer un malade atteint de *goutte aiguë et de tuberculose*, coïncidence rare. Le malade atteint depuis 3 mois de tuberculose pulmonaire a eu durant ce temps trois accès de goutte aiguë, l'analyse des urines y a décelé une quantité considérable d'acide urique.

M. Comby communique, au nom de M. Guelliot, de Reims, deux observations d'*oreillons* accompagnés, l'un de fluxion du corps thyroïde, l'autre d'œdèmes douloureux multiples.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 avril 1893. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

M. Jalaguier fait un rapport sur deux observations de M. Michaux.

1° *Contusion abdominale. Laparotomie et suture intestinale.* — Homme de 33 ans; coup violent d'une barre de fer sur la partie supérieure de l'abdomen; choc profond et collapsus complet. Quelque temps après retour à la santé, mais douleur sous-hépatique. Rupture probable de l'intestin et laparotomie exploratrice. On trouve le gros intestin rompu et une hémorrhagie intrapéritonéale de 1 litre et demi. Suture de l'intestin, lavage du péritoine, guérison. Ce cas rentre dans la catégorie que M. Moty désigne sous le nom de cas moyens à péritonite tardive. Malheureusement la délimitation de ces cas est très difficile à faire; et ce n'est pas avancer de beaucoup la question que de dire que dans ces faits là la laparotomie est de mise. Toutefois il serait dangereux de prétendre que la laparotomie est indiquée dans tous les cas, les cas légers guérissant presque toujours seuls. La seule façon de sortir de l'impasse est d'attendre qu'une indication se présente, nette et formelle. Il n'y a pas beaucoup de

faits analogues à celui de M. Michaux. On en cite une demi-douzaine environ.

2° *Compresse de gaze iodoformée égarée dans l'abdomen, y ayant séjourné 5 mois et ayant passé dans l'intestin.* — Une femme, laparotomisée par un chirurgien des hôpitaux de Paris, subit ultérieurement l'hystérectomie vaginale; mais les douleurs persistèrent et M. Michaux dut faire une deuxième laparotomie. Il trouva l'épiploon adhérent et les anses intestinales agglutinées. En essayant de les décoller, il en déchira une et, à sa grande stupéfaction, il y trouva une mèche de gaze iodoformée, de 35 centimètres de long, pliée en quatre. Il l'enleva et fut obligé de réséquer 10 à 12 centimètres d'intestin. Entérorrhaphie circulaire. Mort de péritonite chronique, constatée à l'autopsie, un mois seulement après l'opération.

M. Jalaguier a fait des expériences pour se rendre compte de la façon dont les compresses laissées dans la cavité abdominale passent dans le tube digestif. Il a vu sur des chiens et des lapins que ces compresses sont d'abord roulées en boule par les mouvements de l'intestin, puis agglutinées et enfoncées par refoulement de la paroi dans une anse intestinale de dehors en dedans par les adhérences qui se rétractent. Il survient alors une ulcération de la muqueuse au point refoulé, une infection localisée et la compresse pénètre dans le tube digestif. Ces recherches ont montré aussi que les corps aseptiques ne déterminent pas d'accidents post-opératoires ; en ce qui concerne les éponges on ne saurait en dire autant, car presque jamais on ne parvient à les stériliser.

M. Picqué lit une observation de *fibromyxome télangiectasique nasopharyngien*, opéré chez un garçon de 17 ans, pour des hémorrhagies répétées, après *trachéotomie préventive*. Il a fait la trachéotomie préalable pour faciliter l'anesthésie, pour pouvoir combattre plus facilement l'hémorrhagie opératoire et enfin pour pouvoir pratiquer le tamponnement pharyngien et éviter des accidents septiques du côté des bronches. Il a opéré par la voie palatine dans la position de Rose, c'est-à-dire la tête en bas. M. Picqué insiste sur les avantages de cette manière de faire, trop délaissée chez nous, bien étudiée dans la thèse de Civel (de Brest), et employée couramment en Allemagne et en Amérique.

M. Verneuil. — On voit désormais beaucoup moins de polypes nasopharyngiens qu'autrefois. J'en reviens, après avoir préconisé les ablations larges aux opérations parcimonieuses, aux cautérisations à l'acide chromique par exemple. Les opérations à grand délabrement causent des hémorrhagies formidables et un jeune garçon ne perd pas impunément du sang par la tête. La trachéotomie est inutile avec les opérations parcimonieuses.

M. Monod ne recommande pas la trachéotomie préventive dans tous les cas. Une fois, il l'a pratiquée avec succès pour une ablation de la langue; mais, dans une autre circonstance analogue, il est convaincu que cette trachéotomie a contribué à aggraver l'état moral de son opéré, qui s'est laissé mourir de faim, parce qu'il n'avait plus ni langue ni voix.

M. Lucas-Championnière a fait plusieurs fois la trachéotomie préventive pour des polypes nasopharyngiens. Quand on met la tête en bas, le tamponnement du pharynx est presque inutile.

M. Berger. — J'ai réséqué douze fois le maxillaire supérieur pour des fibromes nasopharyngiens. Je n'ai pas fait la trachéotomie préventive, qui ne me paraît pas nécessaire. Je n'aime pas dans ces opérations-là à mettre la tête en bas; ça saigne trop.

M. Monod. — On fait la trachéotomie dans ces conditions pour empêcher l'asphyxie par le sang, pour lutter contre l'hémorrhagie et pour pouvoir, en tamponnant le pharynx, prévenir les accidents septiques. Il use de la position de Rose et ne recourt pas à la canule de Trendelenburg.

M. Reynier. — Je crois surtout la trachéotomie préventive bonne quand on intervient sur la mâchoire inférieure; elle me paraît inutile dans la résection du maxillaire supérieur.

M. Picqué est aussi d'avis que la trachéotomie ne sert pas à grand'chose dans les interventions sur la mâchoire supérieure ; mais il ne s'agit pas de cela. Il a parlé de l'ablation des polypes par la voie palatine.

M. Verchère (de Paris) lit une observation de *trépanation secondaire pour fracture du crâne, due à un coup de pied de cheval*. Guérison.

M. Monod présente un malade chez lequel il a fait, il y a deux ans, une *suture de la rotule pour fracture*. Très bon résultat.

M. Delorme présente des pièces ayant trait à des *laminectomies étendues* pour des lésions fongueuses situées à la face externe de la dure-mère (Voir *Acad. de Méd.*, *Prog. M.*, n° 13).

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 10 avril 1893. — Présidence de M. Falret.

Homicide commis par un paralytique général.

M. Motet lit un rapport sur *un homicide commis par un paralytique général*. Il s'agit d'un nommé Z... Alexandre, qui présentait depuis plusieurs jours de l'excitation avec idées de grandeur, de satisfaction, incohérence des actes, projets fantastiques, etc. La famille, ne voulant pas l'interner dans une maison de santé, se contenta de le faire surveiller par un de ses cousins et par un médecin qui l'accompagnait depuis deux jours. Echappant à cette surveillance, qui n'était probablement pas bien rigoureuse, le malade entra un matin dans un hôtel, pénétra au hasard dans une chambre et vola une canne qui, malheureusement, était une canne à épée. Le concierge de l'hôtel ayant remarqué Z..., au moment où il sortait, se précipita au-devant de lui et l'interpella vivement. Z..., impatienté par l'observation du concierge, leva sur lui la canne volée; le cousin chargé de le surveiller arriva à ce moment même; désirant empêcher le malade de frapper, il saisit la canne par sa partie inférieure, pendant que Z..., qui se trouvait avoir, sans s'en douter, une lame nue dans la main, frappait le concierge et le tuait. Soumis à l'expertise médico-légale, Z... fut reconnu atteint de paralysie générale et par conséquent irresponsable de cet assassinat. Mais la principale question est celle-ci : la famille est-elle civilement responsable?

M. Christian pense que, si elle ne l'est pas au point de vue légal, elle l'est certainement au point de vue moral, puisqu'elle savait que Z... était malade et qu'il aurait dû être séquestré depuis trois ou quatre jours au moins.

Etude médico-légale sur deux plaies produites par des grains de plomb.

M. Laugier communique *deux cas de blessure par des grains de plomb* dans lesquels des accidents gangreneux se sont manifestés dans des membres qui ont reçu des parcelles insignifiantes de grains sur le trajet des gros vaisseaux, tandis que d'autres régions du corps, qui en ont reçu des quantités beaucoup plus considérables, mais sans que les gros vaisseaux soient intéressés, ont guéri sans complications.

Sur la déclaration à la Préfecture de police de la nature de la maladie des personnes entrant dans des maisons de santé privées.

M. Le Blond attire l'attention de la Société sur l'article 5 de l'arrêté préfectoral, qui oblige chaque directeur de maison de santé privée à déclarer à l'administration si la personne entrée en traitement est atteinte d'aliénation mentale ou d'une affection contagieuse. Il demande si l'administration a le droit d'imposer ainsi aux directeurs de ces maisons la violation du secret professionnel, d'autant plus que les malades en question désirent presque toujours cacher non seulement la nature de leur maladie, mais même leur présence dans ces maisons. Pour sauvegarder leur intérêt et pour donner en même temps une satisfaction apparente à l'administration, le directeur se trouverait obligé de mentir constamment et de faire de faux diagnostics.

M. Laugier est d'avis que, dans des cas pareils, on réponde par la formule suivante : le malade entré dans mon établissement n'est atteint ni d'aliénation mentale, ni d'une maladie contagieuse. J. Roubinovitch.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

7e Session (*Avril* 1893) (*Suite*).

Séance du mardi 4 avril (soir) (*fin*) (1). — Présidence de M. Lannelongue.

Les fibromes utérins et leur traitement (*suite*).

M. Jacobs (de Bruxelles) réserve l'hystérectomie abdominale aux tumeurs qui dépassent l'ombilic; il préfère le pédicule intra-abdominal pour des raisons d'asepsie et préconise l'ablation du pédicule. Il n'est pas partisan de la castration ovarienne.

M. Condamin (de Lyon) conseille, en s'appuyant de l'expérience de M. Laroyenne, l'emploi de crayons au chlorure de zinc dans les fibromes utérins donnant lieu à des hémorrhagies et à de l'hydrorrhée surtout lorsqu'on se trouve au voisinage de la ménopause; on peut ainsi éviter une opération plus grave.

M. Jules Hue (de Rouen) préfère l'hystérectomie vaginale; il cite une curieuse observation dans laquelle il extirpa par voie abdominale, sans hémostase nécessaire, un corps fibreux intraligamentaire de 8 kilogr.; la malade succomba quelques jours après d'obstruction intestinale, malgré l'entérotomie.

M. Duret (de Lille) relate trois observations d'hystérectomie abdominale dans des cas d'énormes fibromes de 19 et 12 kilogr.; il fixa, dans ces cas, le pédicule à l'extérieur. Les malades ont guéri, malgré les accidents et les complications les plus grands. Cette méthode est, selon lui, la seule à employer en pareil cas. A son avis, le pédicule externe doit être enlevé vers le 9e ou 10e jour et réséqué jusqu'au niveau de la ligature élastique. Il n'y a pas de danger d'hémorrhagie et l'on a tout à gagner à cette pratique au point de vue de l'asepsie.

J. Noir.

Séance du mercredi 5 avril (matin) (*fin*). — Présidence de M. Lannelongue.

M. Chalot (de Toulouse). — *Ligature préalable de la carotide externe dans les opérations sur la face.* — Après avoir montré les inconvénients de la ligature de la carotide primitive, qui s'accompagne dans un quart des cas de ramollissement cérébral, M. Chalot propose la ligature préalable de la carotide externe pour arriver à bien faire complètement l'exérèse des cancers de la face et de la partie supérieure du cou. Il donne des conseils sur le mode opératoire à suivre, met en garde contre l'incertitude du repère du nerf grand hypoglosse et fait remarquer toute l'importance de la veine thyroïdienne supérieure, qui, si elle n'est pas coupée entre deux ligatures, inonde le champ opératoire et rend l'opération difficile. Il base ses considérations sur 13 ligatures qu'il a dû faire en 18 mois.

M. Quénu (de Paris). — *Traitement opératoire des hémorrhoïdes par un procédé spécial.* — Après un rapide exposé historique et critique des divers procédés opératoires employés contre les hémorrhoïdes, M. Quénu en expose un nouveau qui consiste en l'incision à droite et à gauche de la peau un peu en dehors de la muqueuse, suivie de dissection profonde de cette muqueuse jusqu'au point où elle commence à perdre sa coloration bleuâtre. Il résèque ensuite avec des ciseaux les veines qui doublent cette muqueuse et termine en la suturant. Il n'y a pas d'hémorrhagie sérieuse. La guérison est rapide; le tissu cicatriciel en dehors du canal n'amène pas de sténose. Si la muqueuse est fortement altérée, elle ne tarde pas à reprendre ses premiers caractères en passant vers le dixième jour qui suit l'opération par un état assez semblable à celui de la muqueuse qui recouvre les marisques. Si les hémorrhoïdes sont sphacélées, M. Quénu conseille l'application du cautère actuel; tandis que dans les hémorrhoïdes externes enflammées, il est d'avis d'ouvrir la tumeur, de la débarrasser de ses caillots et de faire la réunion immédiate.

M. Delorme fait remarquer la difficulté que le chirurgien doit éprouver pour la dissection de la muqueuse dans le procédé de M. Quénu.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 14.

M. Reclus conteste les inconvénients que M. Quénu attribue à son procédé, très simple, qui consiste en deux simples incisions de la peau et qui lui a toujours réussi.

M. Zancarol (d'Alexandrie). — *Sur la pathogénie des abcès du foie.* — L'orateur expose le résultat d'expériences, faites à l'hôpital grec d'Alexandrie, où l'on a injecté dans le rectum de chats : 1° des matières fécales de dysentériques; 2° du pus provenant des abcès hépatiques; 3° des cultures pures de streptocoques provenant de ces matières fécales ou de ce pus. Dans ces trois séries d'expériences, les chats contractèrent la dysenterie et présentèrent assez fréquemment des abcès du foie. M. Zancarol en conclut que le pus des abcès du foie est souvent septique, que les streptocoques qu'on y trouve sont la cause probable de la dysenterie, les amibes constatés fréquemment avec eux étant inoffensifs.

M. Warnots (de Bruxelles). — *Sur la chirurgie cérébrale.* — L'auteur est partisan de la trépanation préventive dans les cas de traumatisme cranien, si le moindre doute existe sur le trauma. On trouve souvent sous le crâne des lésions non soupçonnées. Le plus souvent dans les cas d'épilepsie jacksonienne traumatique établie, la trépanation n'amène pas de guérison complète; aussi a-t-on dans ces cas proposé l'excision du centre nerveux cortical.

Sur dix trépanations qu'il fit pour épilepsie jacksonienne, il a essayé une fois cette méthode. Ayant excisé le centre cortical des mouvements du pouce, cette opération s'accompagna de paralysie de la main, qui cessa peu à peu, sans que cependant l'opéré pût normalement se servir de cette main. Depuis 7 mois que l'opération est faite, le malade n'a pas eu d'accès qui revenaient avant jusqu'à 30 fois par jour. Dans une autre trépanation, M. Warnots tomba sur un anévrysme artério-veineux épicortical; il laissa l'anévrysme, n'osant lier les nombreux vaisseaux qui s'y rendaient et sutura la dure-mère et la peau sans replacer les rondelles osseuses, pour intervenir plus tard sans peine, s'il en voyait la nécessité. Une seule artère dépendant de l'anévrysme avait été liée durant l'opération, ce qui causa au malade une aphasie qui dura 12 jours. Il est partisan de l'intervention dans l'épilepsie essentielle, croit qu'il y a toujours un centre qui est le point de départ de cette épilepsie et est partisan, pour le découvrir, de l'exploration électrique de l'écorce cérébrale selon la méthode de Horsley. Il cite un cas où il intervint de cette façon, reproduisit par l'électrisation du centre cortical du membre inférieur gauche un accès débutant par le tremblement de ce membre; mais, dans ce cas, l'excision du centre amena une amélioration, mais non la guérison parfaite.

M. Pozzi (de Paris). — *Traitement des déchirures complètes du périnée.* — M. Pozzi propose le large dédoublement du périnée comme le pratique Lawson Tait. Pour obtenir un bon résultat, il faut que ce dédoublement soit considérable, énorme même, pour permettre de mobiliser le rectum au-dessus de la déchirure. Il opère avec des ciseaux après avoir fortement tendu les parties au moyen de quatre pinces tire-balle. Il fait d'abord une incision transversale du périnée, puis deux latérales à ses extrémités, forme ainsi deux lambeaux, un vaginal, l'autre rectal, qu'il mobilise; il suture alors par deux sortes de sutures, les unes profondes de soutènement au fil d'argent, les autres d'affrontement, au catgut et en surjet. Il est partisan de suturer séparément la peau et les parties sous-jacentes pour éviter que l'infection de cette première s'étende aux secondes. Au bout de 15 jours on peut enlever les fils profonds. Des pansements iodoformés, des purgations légères et le cathétérisme de la vessie sont tous les soins consécutifs; la guérison est prompte.

M. Gangolphe (de Lyon). — *Occlusion intestinale par étranglement.* — Un nouveau symptôme peut être ajouté au diagnostic de l'étranglement interne : c'est la présence de liquide séro-sanguin dans l'abdomen, liquide analogue à celui qu'on constate dans les hernies étranglées. Ce liquide, que M. Gangolphe a vu se produire expérimentalement chez le chien, devra être recherché cliniquement par la palpation, surtout chez la femme où le toucher du cul-de-sac postérieur permettra facilement sa constatation. M. Gangolphe s'est rendu compte de sa présence dans deux cas d'occlusion intestinale

par étranglement. La présence de ce liquide dans une laparotomie en dehors de toute ascite ou péritonite doit faire songer à l'étranglement et encourager le chirurgien à la recherche persévérante de l'anse étranglée.

M. Severeanu (de Bukharest) expose trois cas curieux de *plaies du diaphragme* et conclut à la nécessité de la suture immédiate.

M. Roux (de Lausanne) communique les observations de trois cas inédits avec survie de *lipomes du mésentère* qu'il a opérés; dans un de ces cas, qui causait de l'occlusion intestinale, il réséqua avec succès 1 m. 24 d'intestin.

M. Boursier (de Bordeaux) cite un cas de *prolapsus de l'utérus et du vagin chez une malade atteinte de kyste de l'ovaire*; cette affection guérit à la suite de la simple ovariotomie sans nécessiter d'hystéropexie que d'autres chirurgiens ont pratiquée dans des cas analogues.

M. Malherbe (de Nantes) fait part au Congrès des résultats heureux d'une *trépanation* faite chez une malade de 55 ans, atteinte d'épilepsie jacksonienne du côté droit à la suite d'une chute sur la tête. L'opération fut faite 5 jours après l'accident; on ne découvrit rien d'anormal durant l'opération; l'auteur en conclut que dans certains cas la trépanation produit de bons résultats, probablement en modifiant la congestion vasculaire du cerveau, alors même qu'on ne trouve aucune lésion apparente.

M. Ricard décrit l'ablation d'une tumeur abdominale très volumineuse qu'il croyait être un corps fibreux de l'utérus, ce dernier étant remonté et la tumeur étant perceptible dans le cul-de-sac postérieur. La décortication de cette tumeur adhérente aux parois abdominales étant difficile, il dut l'attaquer par évidement central. Cette tumeur contenait, enclavée, la vésicule biliaire remplie de calculs et qu'il dut réséquer. Elle n'offrait aucune connexion avec les organes génitaux, ni avec la rate. M. Cornil, qui l'examina histologiquement, en fit un fibrome des épiploons. M. Ricard pense donc avoir eu affaire à une *tumeur fibreuse de l'épiploon gastro-hépatique ayant inclus dans son développement la vésicule biliaire.* L'ablation de ce fibrome a duré 1 h. 20; la malade était guérie 20 jours après l'opération.

M. Lejars expose son procédé de *cure opératoire des luxations congénitales de la hanche.* Il opéra un jeune homme de 16 ans et demi qui ne pouvait marcher, ayant un raccourcissement de 15 centimètres. Après décollement des muscles pelvitrochantériens, ayant constaté que le col du fémur était assez long, il réséqua la tête du fémur, arrondit le moignon, creusa à la gouge le cotyle très peu excavé et très épais, mit ces parties en rapport, fit 4 étages de sutures au catgut et appliqua l'extension continue. En 20 jours, il obtint la guérison opératoire, essaya au bout d'un mois la mobilisation et le massage. Le raccourcissement devint de 4 à 5 centimètres et le malade put marcher. Depuis, M. Lejars a eu des nouvelles de son malade, qui peut marcher durant 5 heures, sans fatigue, au moyen d'une canne et peut faire des trajets de 4 kilomètres environ. Le raccourcissement est encore de 4 centimètres environ.

M. Courtin (de Bordeaux) rapporte une observation d'*auto-inoculation cancéreuse.* Il s'agissait d'une malade atteinte d'une tumeur cancéreuse du mésentère avec ascite sans lésions de la paroi abdominale, chez laquelle il dut faire quatre ponctions. Sur le trajet des ponctions se développèrent des noyaux indurés qui s'étalèrent sous la peau, se rejoignant les uns les autres et constituant une tumeur dure, bosselée, de la grandeur de la main. La peau devint rouge, adhérente, parsemée de veines dilatées, absolument semblables aux plaques squirrheuses développées au niveau de la région mammaire. A un moment donné la peau s'ulcéra et laissa échapper un ichor abondant et fétide. L'auteur fait observer, en terminant, que le point de départ de quelques récidives sur place pourrait bien être dû à des ablations incomplètes de fragments ou à des sucs cancéreux abandonnés dans le champ opératoire. Aussi recommande-t-il la cautérisation ignée pour détruire les vestiges des éléments cancéreux.

M. Doyen (Reims).— *Traitement chirurgical des névralgies rebelles et extirpation des ganglions de Gasser.* — L'intervention sanglante dans les névralgies rebelles est encore considérée par bien des médecins comme illusoire. Des résultats positifs ont cependant été publiés et nous citerons tout particulièrement la remarquable communication de Segond au 4e Congrès de chirurgie (1889). La section simple des nerfs périphériques a été abandonnée pour les résections étendues des troncs principaux auxquelles on a bientôt annexé, pour le trijumeau, l'ablation du ganglion de Meckel et du ganglion otique. Aujourd'hui, nombre de chirurgiens français et étrangers ont tenté ces opérations avec une proportion variable de succès. Nous avons opéré 8 cas de tic douloureux incurables, compliqués chez une malade de convulsions des muscles qui président à la déglutition, chez 2 autres, d'impossibilité presque complète de la mastication. Tous nos malades sont guéris et demeurent guéris depuis plusieurs années. Voici notre façon de procéder: S'agit-il d'une névralgie du maxillaire supérieur, la plus fréquente, nous pratiquons l'arrachement par torsion du nerf maxillaire supérieur, saisi par une pince à forcipressure au ras du trou grand rond. Nous incisons au niveau du rebord inférieur de l'orbite et nous effondrons le sinus maxillaire, à l'aide d'une pince-gouge, nous découvrons le ganglion de Meckel, puis le trou grand rond que l'on reconnaît aisément au fond de la fente sphéno-maxillaire, en suivant le tronc nerveux jusqu'à son point d'émergence. L'axe du trou grand rond est exactement antéro-postérieur et son diamètre supérieur à celui du trou vidien également antéro-postérieur, mais situé à quelques millimètres plus bas et en dedans, à la base de l'apophyse ptérygoïde. Le nerf est saisi dans une forte pince à forcipressure, au ras de l'orifice osseux et arraché par une torsion méthodique. On obtient presque toujours à l'extrémité de la pince la portion intra-cranienne du nerf, arrachée directement du ganglion de Gasser. Loin d'enlever méthodiquement le ganglion de Meckel, nous avons tenté, dans nos dernières opérations, de le ménager, persuadé qu'il serait inoffensif après la destruction de sa racine sensitive. Nous avons fréquemment réséqué, en même temps que le nerf maxillaire supérieur et chez les mêmes malades, diverses autres branches telles que : le nasal, le frontal interne et l'externe, le lacrymal, au niveau de la fente sphénoïdale, le dentaire inférieur, le buccinateur, l'auriculo-temporal. L'arrachement du nerf maxillaire supérieur au niveau du trou grand rond est la méthode de choix dans les cas de névralgie de sa sphère d'innervation. Accessoirement, il peut être indiqué de réséquer quelques branches de l'ophtalmique et du maxillaire inférieur.

L'opération doit se faire par la méthode indiquée, c'est-à-dire par la voie de Carnochan, la torsion devant être faite dans l'axe du trou d'émergence, qui est antéro-postérieur. Les chirurgiens qui n'ont pas obtenu de résultats ont employé un manuel opératoire défectueux et fait une opération incomplète. Section intra-cranienne du trijumeau et extirpation du ganglion de Gasser (1 opération). Il est des cas de névralgie invétérée de toute la sphère du trijumeau qui exigent la résection de ses trois branches principales. Notre première malade, opérée de résection intra-orbitaire du maxillaire supérieur, avec destruction des nerfs dentaires postérieurs, souffrait de nouveau. La première intervention avait été insuffisante; connaissant plusieurs de nos cas de guérisons définitives à la suite d'interventions plus complètes que celles qu'elle avait subies, cette personne nous réclama de nouveau les secours de la chirurgie. Nous ne connaissions pas l'opération d'ailleurs mal réglée de Rose. Nous avons donc simplement étudié sur un crâne le meilleur mode d'abord du ganglion de Gasser. L'opération a été faite de la manière suivante : 1° incision verticale de 5 cent. au milieu de l'espace qui sépare le conduit auditif du rebord externe de l'orbite. L'incision ne doit dépasser en bas que de 15 mill. l'arcade zygomatique, et l'on doit ménager les rameaux du facial supérieur ; 2° résection de l'arcade zygomatique, de l'apophyse coronoïde et dénudation de la suture sphéno-temporale, au niveau de laquelle sera appliqué le trépan. La portion horizontale de la grande aile du sphénoïde est alors dénudée à l'aide d'une rugine, en avant de la racine transverse de l'arcade zygomatique, jusqu'au trou ovale. Ce dernier est situé à 20 ou 25 mill. de la ligne rugueuse qui prolonge en avant la racine transverse de l'arcade zygomatique, et sépare la fosse temporale de la fosse ptérygo-maxillaire. Cette ligne est un point de repère certain.

On peut aussi reconnaître dans la profondeur le bord postérieur tranchant de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, en dehors et en arrière duquel se trouve l'orifice cherché. Le trou petit rond est à 1 et 2 mill. en dehors et en arrière.

3° Nous saisissons entre les mors d'une pince le dentaire inférieur et le lingual, à 3 ou 4 centimètres du trou ovale, et nous sectionnons leur bout périphérique. Il nous suffit alors de trépaner avec soin la fosse temporale, en se rappelant que l'on agit précisément au niveau de l'artère méningée moyenne, dont on a exagéré l'importance. Nous avons lié cette dernière à l'orifice inférieur du trou petit rond, afin de pouvoir faciliter, en l'écartant, la découverte du ganglion intra-cranien. L'orifice osseux obtenu à l'aide du trépan est agrandi avec une pince-gouge en empiétant également sur l'aile du sphénoïde et l'écaille du temporal; nous attaquons enfin la base du crâne, après avoir dépassé en bas la ligne rugueuse que nous avons signalée, et, nous guidant sur les deux troncs nerveux, que notre aide maintient légèrement tendus, nous entamons les dernières parcelles osseuses. Le trou ovale largement ouvert, nous décollons prudemment la dure-mère jusque sur le côté de la selle turcique, en séparant les deux feuillets fibreux qui revêtent le ganglion de Gasser. Nous avons atteint ainsi à sec, et après avoir cheminé entre la carotide, le sinus pétreux supérieur et le sinus caverneux, le bord supérieur du Rocher, au niveau duquel nous avons sectionné le tronc même du trijumeau, en amont du ganglion de Gasser, que nous avons le plaisir de présenter au Congrès, presque intact, avec 15 mill. des branches ophtalmique et maxillaire supérieur, et 35 à 40 mill. des nerfs dentaire inférieur et lingual. La malade guérit sans la moindre réaction, malgré sa corpulence et son mauvais état général. Les douleurs ont disparu dès l'opération. Nous n'avons pas observé de troubles oculaires appréciables, contrairement à l'opinion des physiologistes. Nous avions d'ailleurs prévu cette particularité, la perte de l'œil chez les animaux après la section du trijumeau étant habituellement de cause traumatique. Le sympathique seul préside donc à la nutrition du globe oculaire. Nous n'avons pas besoin de dire que, chez notre opérée, la cornée est insensible, bien que la vision soit normale. Afin de bien démontrer que notre opération est bien le premier cas de section intra-cranienne du trijumeau au-dessous du sinus pétreux supérieur, et d'extirpation totale du ganglion de Gasser, avec une certaine étendue de ses branches émergentes, nous nous arrêterons quelques instants à la tentative antérieure de Rose.

L'opération de Rose est toute différente de la nôtre: Rose fit successivement « l'élongation du dentaire inférieur, la section des rameaux mentonniers, puis la section du nerf dentaire inférieur après trépanation de l'os, et enfin la section des nerfs dentaire inférieur et lingual dans la fosse ptérigoïde. C'est alors qu'il songea à enlever le ganglion de Gasser, après résection du maxillaire supérieur. Le ganglion fut chargé sur un fil à l'aide d'une aiguille de Deschamps, et extirpé sans ouverture de la dure-mère. Il y eut ensuite une panophtalmie; on énucléa l'œil; et la malade, guérie de ses douleurs, se montra satisfaite, malgré la perte d'un œil et de la mâchoire supérieure. » Avouons que nous ne trouverions pas souvent des malades assez patients et assez courageux pour subir successivement une pareille série de mutilations. Outre que l'opération a été faite sans règles précises, il doit y avoir eu destruction du ganglion ophtalmique au cours de l'ablation du maxillaire supérieur, et la destruction sur place du ganglion de Gasser, dont Rose semble, d'après l'observation, avoir obtenu à peine quelques bribes pour l'examen histologique, diffère sous tous les rapports de l'opération méthodique et réglée que nous avons menée à bien. Ce fait que le trijumeau et le facial ne constituent qu'un seul et même nerf, dont la racine sensitive est la grosse racine du trijumeau, la racine motrice, le nerf masticateur et le tronc du facial, nous avait conduit à penser que l'ablation du ganglion de Gasser ne devait pas déterminer de troubles trophiques graves pourvu que les filets sympathiques des ganglions extra-craniens puissent demeurer intacts. Le succès que nous venons d'obtenir nous autorise à proposer au Congrès, pour la cure de toutes les névralgies rebelles des nerfs rachidiens, une opération analogue à la section du trijumeau, c'est-à-dire la section intra-rachidienne des racines postérieures? Nous serons bientôt à même de donner les résultats de la nouvelle opération dans la névralgie sciatique.

M. Lavaux (de Paris) fait le parallèle entre l'uréthrotomie interne, la divulsion progressive et l'électrolyse linéaire dans le *traitement du rétrécissement de l'urèthre rebelle à la dilatation.* Il donne actuellement la préférence à la divulsion progressive, mais croit qu'avant peu l'électrolyse linéaire avec deux sections, une antérieure, l'autre postérieure, sera préférable.

M. Hamon du Fougeray (du Mans) expose l'opportunité des *interventions chirurgicales dans les affections de l'oreille moyenne* et surtout dans les affections suppuratives de cette région. J. Noir.

Conférence à l'Ecole Pratique de la Faculté (Jeudi soir 6 avril).

Chirurgie intestinale.

M. Chaput a présenté d'abord aux membres du Congrès les *instruments* qu'il recommande pour les opérations sur l'intestin : Aiguille de Reverdin, coudée à gauche, modifiée sur ses indications; aiguilles à chas fendu pour les opérations sur l'enfant ; grandes pinces flexibles à crémaillère pour comprimer l'intestin, pinces en T en cœur, droites, à branches très flexibles et à crémaillère pour réaliser l'hémostase par compression sans écraser l'intestin. Il a insisté ensuite sur les conditions de succès des opérations sur l'intestin qui consistent essentiellement à réaliser de larges adossements tout en évitant de rétrécir l'intestin. Les larges adossements ne s'obtiennent que par deux étages de sutures séro-séreuses, espacés l'un de l'autre de 6 à 8 millimètres, on y ajoute un étage muco-muqueux qui limite les chances d'infection et s'oppose au rétrécissement ultérieur pour éviter le rétrécissement immédiat; il faut employer des procédés spéciaux, que l'auteur exécute séance tenante sur un chien chloroformé.

Puis M. Chaput a fait d'abord la greffe intestinale qui permet de séparer les larges plaies de l'intestin sans le rétrécir; il exécute ensuite la résection aseptique d'une anse et insiste sur les précautions qui permettent d'éviter même l'effusion d'une seule goutte des matières. Il montre encore la suture circulaire par abrasion ; la suture circulaire avec fente ; la suture par implantation latérale et il termine par une entéro-anastomose. Ces 6 opérations ont été exécutées dans l'espace d'une heure. (*A suivre*). M. B.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Séance du Jeudi 6 Avril (soir) (*fin*).

M. Queirel fait une communication *sur un cas de grossesse prolongée.*

M. Moussous (Bordeaux). — M. Oui, au nom de M. Moussous, présente un *nouvel appareil destiné à provoquer l'accouchement prématuré.* Cet appareil, en caoutchouc, ressemble assez à un pessaire de Gariel, demi-grandeur. Gonflé au maximum il donne une dilatation comme une petite paume de main. Au moyen d'une pince courbe comme celle de Champetier, on peut facilement conduire ce ballon dans un col de primipare. Le travail qui marche régulièrement est effectué, en moyenne, en vingt-trois heures. Ce ballon, plus solide et plus gros que celui de Tarnier, n'a pas les inconvénients de celui de Champetier. Trois fois il a été essayé et a donné de très bons résultats.

M. Salmon trouve qu'on laisse trop de côté la douche utérine. Il est rare qu'à la troisième douche on ne puisse facilement introduire un ballon.

M. Champetier de Ribes. — Ce ballon n'a qu'un avantage sur le sien, c'est qu'il peut être introduit d'emblée, mais il lui est inférieur, parce qu'il ne donne pas une dilatation complète et c'est là le but à obtenir. Quant aux inconvénients, ils sont les mêmes pour les deux.

M. Tarnier, quand il a imaginé son ballon dilatateur, était surtout préoccupé de l'introduction d'emblée, aussi est-il de petit volume. Le but du ballon de Champetier est différent. Le ballon de M. Moussous tient le milieu entre celui de Champetier et le sien. Avec les gros ballons, on a une action plus rapide, mais cette rapidité n'est pas sans inconvénient et les statistiques montrent que la mortalité des enfants est plus grande. Ils repoussent la partie fœtale, d'où procidences, etc.

M. Stapfer (Paris) parle sur « les applications de la kinési-

thérapie (méthode de Brandt) à l'obstétrique. » M. Stapfer se borne à montrer les avantages que l'on peut retirer de la méthode de Brandt, pendant la grossesse et les suites de couches, en particulier dans les cas d'hémorrhagie.

M. GAULARD (Lille) lit une observation de *grossesse extra-utérine avancée*. Il s'agit d'une malade qui est restée plusieurs jours dans les salles de M. Gaulard. Il fut assez facile de faire le diagnostic de grossesse extra-utérine, avec fœtus vivant transversalement placé. Le souffle maternel était très prononcé et son siège n'avait pas varié. On en conclut que le placenta devait être inséré où le souffle se faisait entendre, c'est-à-dire sur la paroi antérieure du kyste. C'est ce qu'on put vérifier au cours de l'intervention. Ce fait a été signalé par plusieurs chirurgiens.

Le 22 mars 1892, M. Gaulard avait dans son service une autre femme avec grossesse extra-utérine. On entendait nettement les battements du cœur fœtal, mais aucun souffle maternel. M. Gaulard annonça que le placenta devait avoir son siège sur la paroi postérieure du kyste. L'ovariotomie confirma ce diagnostic. Il y a donc une relation évidente entre le souffle maternel et le siège du placenta. Ne doit-on pas tenir compte de cette relation dans le traitement des grossesses ectopiques? Litzmann a indiqué les dangers de la laparotomie quand le placenta est inséré sur la paroi antérieure. Sur 13 observations, il compte 9 femmes mortes et 4 enfants vivants. Dans le premier des cas de Gaulard, la mère est morte. Ajoutant ses observations à celles rapportées par Maygrier dans sa thèse d'agrégation, M. Gaulard arrive au nombre de 18. Sur ces 18 cas, 11 fois la mère a succombé, et, le plus souvent, la mort était le résultat d'une hémorrhagie due à l'incision du placenta inséré sur la paroi antérieure du kyste. Il y a donc grand intérêt à tenir compte du siège du souffle maternel lorsqu'on intervient dans les cas de grossesses extra-utérines. Si le souffle se fait attendre, il ne faut pas opérer. S'il n'y a pas de souffle, on peut faire la laparotomie.

Mais si dans les grossesses ectopiques il y a une relation aussi étroite entre le souffle maternel et le siège du placenta, pourquoi cette relation n'existerait-elle pas dans les grossesses normales? Bien des théories ont été invoquées pour expliquer le souffle maternel et, parmi elles, la théorie placentaire aujourd'hui bannie et que les faits signalés semblent réhabiliter.

Des expériences ont été faites à ce sujet par ses internes. Ils constataient avec soin, avant l'accouchement, l'endroit où se faisait entendre le souffle maternel, puis, dès que l'enfant était expulsé, la main introduite dans l'utérus leur permettait de constater l'insertion placentaire. Pour plus d'exactitude, ils se sont même partagé la besogne: l'un deux auscultait la femme avant l'expulsion du fœtus et l'autre explorait la cavité utérine dès que l'enfant était sorti. Or, dans tous les cas, l'insertion placentaire avait lieu à l'endroit même où s'était fait entendre le souffle maternel.

On peut objecter que le souffle persiste après la délivrance, c'est le plus fort argument contre cette théorie. Mais il faut se rappeler que le calibre des vaisseaux ne diminue pas instantanément après l'accouchement, d'où persistance du souffle.

D'autre part, si on se rappelle aussi que ce souffle maternel commence avec la formation du placenta; que son siège est variable comme celui du placenta, on verra que la théorie proposée n'est pas sans fondement. On peut tirer une autre conclusion de ces faits: l'importance du souffle maternel dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. Nœgelé a pu ainsi faire une fois le diagnostic de placenta prævia. Jouve, dans sa thèse, dit que l'auscultation, en cas d'insertion vicieuse, permet d'entendre le souffle maternel sur le segment inférieur de l'utérus. L'importance de ce souffle ne sera pas moins grande lorsqu'on voudra provoquer l'accouchement. Indiquant le lieu d'insertion du placenta, il permettra d'éviter l'hémorrhagie que pourrait produire une bougie, par exemple, dirigée contre la masse placentaire.

M. Gaulard ajoute que c'est là un sujet qu'il est en train d'étudier et que ses observations ne sont pas encore assez nombreuses pour lui permettre d'être très affirmatif. Cependant il a pensé qu'ils étaient assez intéressants pour en faire part aux membres de la Société.

M. TARNIER a écouté avec plaisir la communication de M. Gaulard. Elle comprend deux parties: L'une a trait au souffle maternel dans les grossesses extra-utérines, et dans ce cas, M. Tarnier est tout à fait d'accord, au moins théoriquement, avec M. Gaulard. Quant à la seconde partie qui a rapport au souffle maternel dans les grossesses utérines, M. Gaulard édifie la théorie du souffle placentaire un peu modifiée et il cite des faits. Mais M. Tarnier n'est pas convaincu. En effet, dans la plupart des cas, on sait que le placenta s'insère au fond de l'utérus et cependant le souffle utérin se fait entendre plus bas et sur les côtés. De plus, lorsque l'enfant est expulsé, l'utérus est rétracté, le placenta tombe dans une fosse iliaque ou l'autre, mais cela ne prouve pas que là soit l'insertion placentaire; on trouve habituellement le souffle au-dessous de l'ombilic et cependant le placenta s'insère au-dessous.

M. PINARD, comme M. Tarnier, est d'accord avec M. Gaulard sur la première partie de sa communication, et quand il se trouve en présence d'une grossesse ectopique, il attend pour opérer que le souffle maternel ait cessé; quant à la seconde partie, il n'est pas de l'avis de M. Gaulard. En effet, le souffle utérin présente une variabilité très grande, il se fait entendre tantôt à un endroit, tantôt à l'autre et cependant le placenta n'a pas changé de place. Il rapporte un fait tout à fait en contradiction avec ce qu'avance M. Gaulard. Ayant à pratiquer une opération césarienne, dans son service, l'auscultation fut pratiquée avec soin par plusieurs personnes, nulle part on n'entendit le souffle maternel. M. Pinard incisa la paroi abdominale, la paroi utérine et tomba en plein sur le placenta.

M. GAULARD est heureux de voir que M. Tarnier est d'accord avec lui au sujet de la grossesse extra-utérine. Pour ce qui est de la grossesse utérine, M. Tarnier dit que le placenta est inséré le plus souvent en haut et au fond de l'utérus, tel n'est pas son avis. M. Pinard a dit que souvent aussi le placenta s'insérait sur le segment inférieur et sur le segment moyen. M. Gaulard a fait lui-même des centaines d'expériences à ce sujet, il a mesuré les lambeaux de membranes de nombreux placentas, et il peut dire que le plus souvent la masse placentaire a son insertion sur la partie inférieure de l'utérus. Quant au souffle maternel, il ne se passe pas dans le placenta, mais dans les vaisseaux du tissu utérin.

M. A. HERRGOTT (Nancy). — Contribution à l'étiologie des *Hémorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né*. — M. Herrgott fait rapidement l'historique de cette question, il montre combien l'étiologie de cet accident est entourée d'obscurité. Il n'est pas fréquent, 2 fois sur 3.000 enfants d'après l'auteur, 1 fois sur 1.000 seulement d'après Düsser. M. Herrgott rapporte une de ses observations: la mère lui apprit qu'elle avait déjà perdu deux enfants à la suite d'hémorrhagie intestinale. L'examen du sang du troisième nouveau-né, qui mourut de la même manière, ne montra rien d'anormal, mais à l'autopsie on put constater une coloration très rouge de la muqueuse intestinale et une réduction considérable des cavités du cœur gauche. M. Herrgott pense que cette anomalie n'est probablement pas étrangère à l'hémorrhagie intestinale. Quant au diagnostic de la lésion pendant la grossesse, il n'est pas possible. Il y avait bien chez cette malade, une grande quantité de liquide amniotique, mais c'est là un signe commun à une foule d'autres choses.

M. BAR pense que l'hémorrhagie survenue dans le cas dont parle M. Herrgott a une origine d'ordre mécanique. Mais il doit y avoir d'autres causes: chez trois enfants ayant présenté des hémorrhagies intestinale, ombilicale, et sous la peau, l'examen du sang fait pendant la vie lui montra la présence, dans ce sang, de streptocoques. Aussi à *l'étiologie mécanique* est-il disposé à en joindre une autre, *l'origine infectieuse*.

M. PINARD a vu deux cas très nets d'hémorrhagie gastro-intestinale chez des enfants qui pesaient 3.500 grammes. Dans le premier cas, il a constaté ce qu'a signalé M. Herrgott, la muqueuse intestinale congestionnée était très rouge, c'était à se demander si on n'avait pas fait absorber à l'enfant un liquide corrosif. Peut-être que si on avait examiné le cœur, on n'aurait trouvé l'anomalie dont a parlé M. Herrgott. Il est à remarquer que si l'hémorrhagie est d'origine infectieuse, les enfants peuvent guérir.

M. GUÉNIOT dit que l'hémorrhagie n'a pas toujours un pronostic fatal. Il a vu un cas où l'enfant a rendu du sang 7 fois en 3 jours et a guéri.

M. OUI a observé 2 cas d'hémorrhagie gastro-intestinale avec vomissements et mélæna. Les deux enfants ont survécu.

M. HERRGOTT ne prétend nullement faire de la lésion cardiaque qu'il a constatée la cause unique de l'hémorrhagie gastro-intestinale du nouveau-né.

M. CHARPENTIER (Paris) lit une communication sur un cas de *traumatisme chez la mère et l'enfant. Guérison.* — Ces lésions s'étaient produites à la suite d'une application de forceps Levret sur une tête en O I G P qui ne tournait pas: déchirure du col et du vagin; élimination d'un lambeau sphacélé du col utérin. Contusion des plexus nerveux sacrés qui déterminèrent de l'impotence et de la sensibilité du membre inférieur gauche et de la paralysie vésicale et rectale. Stercorémie qui cessa le treizième jour, après l'évacuation des matières. L'enfant présenta de la névrose d'une partie de l'occipital due à la pression des cuillers. La mère et l'enfant ont très bien guéri.

M. LOVIOT demande à M. Charpentier s'il a appliqué la branche gauche du forceps la première. Dans ce cas, s'il n'a pas imprimé à la tête un déplacement, il ne pouvait faire une application régulière. M. Loviot, dans le cas de présentation du sommet en gauche postérieur, sans tendance à la rotation, opère cette rotation avec la main introduite dans le vagin et fait une application de forceps en occipito-antérieur. Cette manœuvre lui réussit le plus souvent.

L. M.

Séance du vendredi 7 *avril* (9 h. du matin).

M. CROUZAT, pour M. STIEBER, de Toulouse, fait une communication sur : 1° *Un cas de rigidité du col chez une parturiente syphilitique*, rupture prématurée des membranes. enfant mort pendant le travail, septicémie aiguë rapidement suivie de mort. Lors de l'entrée de cette malade à la clinique d'accouchement de Toulouse les membranes sont rompues, le col, au toucher, est long de 1 cent., dur, sclérosé. On arrive sur un segment inférieur rigide, tendu ; ce toucher n'est pas douloureux. On soumet la malade au traitement antisyphilitique. Le 24 août, la malade ressent des douleurs assez fortes, puis elles cessent mais reparaissent bientôt et cet état dure jusqu'au 28.

A partir du 3e jour, c'est-à-dire du 27 août, le travail devient si douloureux qu'il nécessite l'emploi du chloroforme. Au 4e jour, (le 28), la dilatation n'est que de 4 cent., le col est toujours très rigide ; la température s'élève à 38°.

Des phénomènes de surmenage apparaissent et l'enfant ne tarde pas à succomber. Le lendemain le liquide prend déjà un peu d'odeur sans que, cependant, il y ait fédité absolue. M. Stieber, chef de clinique de M. le professeur Crouzat, prie alors le professeur de la Maternité de lui donner son avis. Ils discutent si l'opération césarienne ne serait pas indiquée par cette rigidité du col qui semble invincible et ce commencement d'infection aiguë. Enfin le 5e jour se produit l'accouchement spontané qui est assez rapide. L'enfant naît mort et macéré. On prend toutes les précautions antiseptiques mais, malgré tout, malgré des injections intra-utérines, la température continue à s'élever et au 3e jour la mère meurt de septicémie aiguë. A l'examen microscopique on trouve le col très déchiré, surtout la lèvre antérieure qui est déchiquetée.

2° *Communication* sur un cas de *présentation du siège décomplété, mode des fesses*, en sacro-iliaque droite postérieure.

M. PINARD constate qu'il y a grand intérêt à publier la 1re observation. En effet, il a eu un cas analogue dans son service. La dilatation arrivée comme 1 franc, le travail s'est arrêté. A l'examen, il constate la présence sur la lèvre antérieure d'un chancre induré qu'il montre aux élèves au moyen de 2 valves. Depuis 10 heures du matin, la dilatation reste stationnaire, sans faire aucun progrès malgré des contractions énergiques. M. Pinard procède alors à la dilatation forcée mais non avec un ballon, il emploie le procédé de M. Tarnier. Le forceps est employé comme un ballon, mais alors on est sûr de ne pas avoir de procidences, car la tête n'est pas refoulée par le ballon qui est remplacé par la tête elle-même.

M. MAYGRIER fait remarquer la difficulté croissante qu'éprouve le col à se dilater de plus en plus dans ces cas de rigidité du col.

M. GUÉNIOT fait remarquer que cette sclérose syphilitique ne se limite pas au col seulement, mais gagne le segment inférieur.

M. CROUZAT dit que l'introduction de tout ballon dilatateur dans l'observation qu'il rapporte était impossible puisque le col ne laissait pas passer le doigt.

M. MAYGRIER. — *Communication sur l'état et le fonctionnement de la Maternité de La Pitié.* — C'est en 1886 que fut décidée la création de ce nouveau service. Mais, en fait, cette création consistait uniquement à retirer à un des médecins de La Pitié la salle d'accouchement qui existait déjà, pour la donner à un accoucheur. Bientôt après son départ de Tenon, M. Maygrier s'aperçut qu'il avait lâché la proie pour l'ombre. En effet, le service de la Pitié était constitué par une longue salle située au premier étage au-dessus de la cuisine, au-dessous d'une salle occupée par des malades de médecine. Cette salle est occupée par 15 lits sur une seule rangée, elle est éclairée par 11 fenêtres, mais au-dessus des lits, du côté opposé, existaient de petites fenêtres à croisillons ; le plafond irrégulier a des poutres saillantes. A l'extrémité de cette longue salle se trouvait un vestibule sur lequel était pris un cabinet pour la surveillante. A côté du vestibule se trouvait l'escalier commun donnant également accès au service de médecine situé au-dessus.

De l'autre côté du palier de cet escalier se trouvait un office, et, dans un coin de cet office étaient les cabinets, donnant sur l'escalier. Au bout de cet office se trouvaient, ouvrant sur un petit couloir : 2 salles d'isolement, 1 salle de bain et le logement d'une sage-femme. Pas de salle de travail. Enfin, au bout de 2 mois, il y eut changement de matériel, et, 18 mois après, le service était agrandi de logements pour le personnel, logements situés au bout de la salle des accouchées.

Etat actuel : La grande salle contient 15 lits, 2 brancards et 2 couveuses. A l'extrémité a été créé un nouvel escalier menant directement dans le service d'accouchements; enfin les annexes sont également desservies par cet escalier. Ce service, tout en longueur, a 65 mètres de long, ce qui a fait dire à un des collègues de M. Maygrier que son service était le *Couloir de la Pitié*. Comme moyenne, il s'y produit 360 à 380 accouchements par an.

Fonctionnement du service : Toute femme venant pour entrer dans le service, n'y pénètre pas directement. Elle est examinée et désinfectée avant son admission dans les salles. Dès que l'accouchement est fait, on insuffle dans les yeux de l'enfant de la poudre d'iodoforme, après avoir essuyé les yeux avec du coton trempé dans du sublimé. Quand les accouchements sont normaux, on ne fait pas dans les suites de couches d'injections vaginales, on se contente de toilettes externes.

Chez les albuminuriques le sublimé est remplacé par de l'eau bouillie. Jamais on n'a remarqué dans le service de cas d'intoxications par le sublimé, et à peine quelques gingivites. Le linge est jeté dans des trémies et lavé à part ainsi que celui de la Charité, à la Salpêtrière.

Admissions des élèves : Ils doivent s'engager à ne pas aller dans d'autres services. Ils sont tous de garde à tour de rôle. Nettoyage des mains avec du sublimé à 1/1,000.

Statistique: En 1892, 0,50 °/ₒ de mortalité. Les morts ont été dues à la septicémie, 13 cas se répartissent ainsi : 9 femmes sont venues infectées du dehors; 4 ont été infectées dans le service, mais 2 étaient arrivées avec les membranes rompues et après avoir été longuement examinées en ville. La mortalité des enfants, 12,87 °/ₒ.

Opérations : 190 applications de forceps, versions, embryotomies et opérations analogues ; 1 Porro, par M. Doléris ; 1 césarienne *post mortem*. Outre le service, il y a actuellement 2 sages-femmes agréées chez lesquelles on a 0,29 0/0 de mortalité.

M. PINARD félicite M. Maygrier des résultats obtenus dans le service de la Pitié. Il serait heureux qu'on voulût bien, chaque année, publier les statistiques complètes de tous les services.

M. CROUZAT pense que tous sont d'accord sur ce point et que l'année prochaine on aura les statistiques demandées par M. Pinard.

M. GUÉNIOT joint ses félicitations à celles de M. Pinard. Toutefois, il fait remarquer que la Pitié seule n'a pas le privilège des vieux bâtiments, la Maternité présente des conditions plus déplorables et qui persistent encore malgré les soins que l'on prend, tous les ans, de faire disparaître les coins et recoins, et cependant les résultats ne sont pas mauvais.

M. LEPAGE trouve qu'en effet il y aurait grand avantage à publier des statistiques, mais il désirerait être fixé sur ce qu'il faut entendre par : morbidité dans le service, morbidité du dehors. Faut-il considérer comme ayant complication morbide une femme qui, au huitième jour, aurait 38°,6 sous l'influence d'un engorgement mammaire? De même les femmes qui auraient de nombreuses élévations de température sans cependant qu'il y ait mort, doivent-elles être rangées dans la même catégorie? Il faudrait donc que l'on convînt d'un type, d'un étalon, pour que tous puissent s'entendre.

M. CROUZAT. — A la fin de la séance de ce soir on posera ces questions avec celles qui seront mises à l'étude pour l'année prochaine.

M. GUÉNIOT trouve qu'il y a une grande difficulté à déterminer un cadre unique dans lequel viendraient se mouler toutes les observations, toutefois on s'efforcera d'y arriver.

M. OUI. — *Communication sur le service d'accouchement de la Faculté de Bordeaux.* — Tout y est déplorable. Le local est une vieille caserne qui a été peu ou prou désinfectée. On pénètre, par un long couloir tortueux, dans la première partie composée d'une cuisine-office où on lave la vaisselle et où chauffe une eau plutôt sale que claire. Cette eau sert à tout le service, pour injections, etc. Dans la salle de travail, un seul robinet à eau froide et encore ne peut-on avoir de l'eau que pendant un certain temps de l'année, car l'eau provient d'un réservoir de capacité insuffisante. Pas de salle de bains. On emploie le service ordinaire de l'établissement. Pour donner un bain à une parturiente il faut une demi-heure à trois quarts d'heure. Aussi, quand le travail est assez avancé, doit-on se dispenser de baigner les femmes. De plus, les bains ne fonctionnent que de 8 heures du matin à 6 heures du soir, c'est dire que la nuit il n'y en a pas. De même, le dimanche, pas de bains même dans la journée. A la porte de la salle de travail se trouvent les cabinets d'aisance : les tuyaux tortueux, de petit volume, s'engorgent très souvent. Aussi, cinq à six fois par an, tout déborde dans le service. La salle de travail est coupée en deux par une cloison, on ne sait pourquoi : dans une partie il y a un lit, dans l'autre il y en a trois, mais l'espace est si restreint qu'on ne peut s'y retourner dans les cas d'intervention. Il n'y a pas de table, on pose les liquides antiseptiques, les cuvettes, sur des escabeaux, qu'on renverse trop souvent. Pas de salle de garde pour les élèves. Outre le manque d'eau, quand on lave il n'y a pas d'écoulement possible, il faut éponger goutte à goutte. Les murs, sales, laissent sourdre l'humidité. La salle de travail est placée au-dessus d'un laboratoire de pharmacie d'où se dégagent continuellement des vapeurs sulfhydriques, de sorte qu'on ne peut aérer. Au bout de la salle se trouve la chambre d'une sage-femme et ensuite le dortoir des accouchées : 22 lits à som-

miers de bois. Depuis 2 ans 1/2 on n'a jamais vu désinfecter un matelas. Ce dortoir se compose de 3 salles d'enfilade, de 6, 9, 7 lits, mais les portes sont placées de façon que la surveillance y est impossible. Sous les toits, au second, se trouve un petit logement pour les infirmières, le laboratoire de la clinique, etc., enfin, un dortoir de 15 à 16 lits pour les femmes enceintes. La salle très basse est exposée à l'Est d'un côté, à l'Ouest de l'autre, de sorte que l'été la chaleur y est intolérable et que les femmes n'y peuvent séjourner. Pour les injections, il faut aller avec un seau chercher l'eau chaude à l'office, ce qui exige un peu plus de 10 minutes.

Matériel : 10 bassins en étain servant à *tout* sont remisés faute de place dans les cabinets d'aisance. Au dortoir des femmes enceintes, il y a 3 cuvettes et 1 seul bassin pour toutes ; 3 bocaux à injections, en verre, très fragiles, servent pour toute la clinique. Les sondes et canules sont placées dans des liquides antiseptiques, mais comme vases pour les contenir on n'a que d'anciennes terrines à pâtés, de sorte qu'une bonne moitié de la canule sort du récipient.

Personnel : 5 infirmières landaises ne comprenant pas le français et peu ou pas intelligentes, bonnes attendant une place et séjournant à peine. 1 sage-femme logée entre les accouchées et la salle de travail, de sorte qu'elle entend les cris des enfants au moment du change et les cris des parturientes. Des élèves sages-femmes sont de garde pendant la nuit. De août à novembre le service est fait par les élèves sages-femmes de première année ne sachant pas 1 mot d'accouchement. Les étudiants sont de garde le jour. La morbidité est plus grande, la nuit, pendant l'époque où les élèves sages-femmes de première année sont chargées du service. Le service d'isolement est confié à tour de rôle à MM. Rivière et Chambrelent.

Nombre d'accouchements : 4.428 accouchements depuis la création du service. Pendant l'année dernière, il y a eu 533 accouchements.

Mères mortes : 45 ; 28 d'infections. On ne peut admettre des femmes en plus grand nombre, et même des femmes en travail sont refusées faute de place.

M. Crouzat trouve que c'est bien là le tableau réel de cet hôpital qu'il connait ; mais il existe en province certains services où on n'a qu'une assiette pour deux ou trois femmes qui sont obligées de boire dans des pots à confiture. Il existait même un hôpital où la salle de bains n'avait que les quatre murs et pas de baignoires ; enfin on obtint une baignoire en zinc bien vite abimée. Le 5 avril 1891, on demande une baignoire en tole émaillée, et le premier bain ne put y être donné que le 9 décembre 1892.

M. Bar a visité il y a deux ans la clinique de Bordeaux ; il trouve très exact le tableau fait par M. Oui, mais il a remarqué à Bordeaux une maternité magnifique et propre, qui semble répondre à tous les *desiderata*, c'est la maternité Pellegrin, située un peu en dehors de la ville. Il lui semble que, lors de son voyage à Bordeaux, M. Oui lui a dit que l'on dirigeait sur cet établissement les femmes qu'il ne pouvait recevoir à la Clinique.

M. Pinard. — Il est remarquable de voir combien, en province, dans des villes *riches*, les établissements hospitaliers sont restés moyen âge. Il faudrait arriver à forcer les municipalités à donner un minimum exigible. Les pouvoirs publics devraient avoir des moyens de forcer la main aux localités ; il y a certainement des mauvaises volontés et c'est un crime d'exposer ainsi les pauvres femmes à des dangers. On pourrait peut-être partir de là pour montrer à ces localités les responsabilités qu'elles encourent.

M. Oui. — Il y a certainement confusion dans l'esprit de M. Bar dans ce que je lui ai dit il y a deux ans. On ne peut recevoir parfois faute de place des femmes avec dilatation complète ; il faut alors aller chercher une voiture et les envoyer à la Maternité Pellegrin distante de trois kilomètres de la clinique. Qu'arrive-t-il ? Les femmes accouchent en voiture, le périnée se rompt et des hémorrhagies dangereuses peuvent se produire. Il y a certainement des améliorations à obtenir.

M. Fochier est à la fois professeur à la Faculté de Lyon et administrateur de l'hôpital. Il trouve qu'à Lyon le progrès s'est fait sentir sans qu'il ait fallu intervenir ; mais il va indiquer un moyen efficace de pression sur les administrations locales. Lors des inspections générales, autrefois, les rapports restaient lettre morte et étaient enterrés dans des cartons au ministère de l'intérieur. Actuellement il ne faut pas désespérer, l'autorité centrale au ministère de l'intérieur est composée de gens compétents qui s'occupent de leur affaire. Mais il ne faut pas trop demander de peur qu'on objecte les dépenses exagérées faites parfois inutilement, et la Maternité Pellegrin parait être une de ces dépenses. Il faut demander peu, on l'obtiendra.

M. Guéniot. — Il faut réagir de toutes ses forces pour changer ce tableau déplorable fait par M. Oui.

M. Crouzat. — *Communication sur la clinique d'accouchements de Toulouse.* — Elle est au premier rang au point de vue de son aération et de son étendue. L'architecte s'est inspiré un peu de la clinique de la rue d'Assas.

20 lits. Toutefois les chambres d'isolement sont placées entre les accouchées et les dortoirs de femmes enceintes.

290 cas, 4 décès, morbidité 5 à 6 0/0.

Remarque. — Il naît plus de filles et les enfants, au moment de leur naissance, ont un poids au-dessous de la moyenne.

M. Gallois (de Paris). — M. Démelin, au nom de M. Gallois, fait une communication : 1° sur l'expression pure comme méthode de délivrance ; 2° sur la protection du périnée.

M. Loviot, à propos de la protection du périnée, dit que chaque accoucheur a sa manière de procéder. M. Gallois repousse la tête avec un tampon ; lui cherche à favoriser le retrait du périnée. Cette communication est donc sans grande importance. Quant à la délivrance, M. Gallois se montre partisan de l'expression unique. M. Loviot, aussi, est partisan de l'expression ; mais alors que M. Gallois la pratique dès la première contraction, lui attend que le placenta soit décollé et en partie tombé dans le vagin. Alors, profitant d'une contraction, il fait sortir le placenta en exprimant l'utérus. La méthode de M. Gallois lui paraît mauvaise.

M. Crouzat (de Toulouse) communique : 1° Un cas de rhinocéphalie ; 2° Une oblitération de l'orifice vaginal causée par un entrecroisement dense de brides, partie congénitale, partie cicatricielle, et rendant l'intromission impossible. Grossesse après 7 ans de mariage. Accouchement artificiel prématuré, terminé spontanément sans incisions ; 3° Présentation d'un robinet destiné à régler les inhalations d'oxygène dans les cas de mort apparente, etc. G.

Séance du vendredi 7 avril (soir).

De la symphyséotomie.

M. Lepage (Paris). — *Symphyséotomie chez une secondipare dans un cas de tumeur juxta-utérine intra-pelvienne.* — M. Lepage a fait avec succès cette opération en ville, chez une femme dont le premier accouchement, fait par un confrère, avait duré 48 heures et s'était terminé par une application de forceps qui permit d'extraire un enfant vivant de 2,840 grammes.

Cette femme est devenue enceinte le 8 novembre 1891 ; M. Lepage l'examina le 13 juillet : l'excavation était occupée par une tumeur dure, volumineuse ; l'accouchement prématuré à bref délai fut aussitôt décidé avec deux confrères, l'un médecin, l'autre chirurgien des hôpitaux, quand cette femme entra en travail spontanément le 15 juillet. La tête était très élevée, mobile au-dessus du détroit supérieur en O I D T. A la dilatation complète, la tête restant toujours élevée, M. Lepage tenta, sans résultat, de réduire la tumeur dans l'abdomen. Il fit alors une application de forceps : la tête fut saisie régulièrement, et pendant dix minutes il exerça des tractions vigoureuses qu'il renouvela dix minutes encore, sous le chloroforme ; la descente ne fit aucun progrès. Il alla alors demander avis à son maître, M. le professeur Pinard, qui lui conseilla de pratiquer la symphyséotomie. Il fit cette opération sans grandes difficultés, assisté de son ami, le Dr Potocki, et après une application de forceps facile, il put extraire un enfant vivant, qui pesait, six jours après, 2,897 grammes. Les suites de couches furent physiologiques.

Chez cette opérée, la tumeur avait augmenté de volume depuis son premier accouchement, et M. Lepage avait prévu les difficultés plus grandes du second accouchement. La tumeur était résistante ; mais comme elle n'a pas encore été enlevée, il y a lieu de faire des réserves sur sa nature. Les résultats paraissent justifier les conclusions suivantes :

1° La symphyséotomie est une opération d'urgence, praticable en dehors des maternités :

2° Cette opération n'est pas uniquement réservée aux cas de viciations pelviennes, ou aux cas où le bassin étant normal le fœtus est trop volumineux. Elle peut être indiquée dans certaines tumeurs obstruant en partie le bassin.

3° Chez la femme, qui fait le sujet de cette observation, l'accouchement prématuré à 8 mois et demi eût été insuffisant.

4° La symphyséotomie est indiquée dans les cas de tumeurs intra-pelviennes non réductibles.

M. Lepage ajoute qu'il est bon de pratiquer le toucher manuel avant de prendre une détermination, pour bien préciser le diagnostic. Les moyens de contention du bassin furent des plus simples ; un bandage de corps fut placé sur le bassin, et les genoux liés ; la malade était soulevée sur un lit à élévation pour les toilettes des organes génitaux. (*Applaudissements.*)

M. Queirel (Marseille) lit l'observation d'une femme à bassin rétréci, ayant subi dans son service l'opération de la symphyse avec succès pour la mère et l'enfant. M. Queirel insiste sur la facilité avec laquelle les parties sectionnées se consolident après la symphyséotomie.

M. Guéniot (Paris) donne la statistique des symphyséoto-

mies pratiquées dans son service. Deux fois la section de la symphyse a été faite par lui-même, la troisième par M. le Dr Potocki. Ces opérations ont été nécessitées par des rétrécissements du bassin. Dans les deux premiers cas, les résultats ont été heureux pour la mère et l'enfant; dans le troisième, la mère a guéri, mais l'enfant est mort des suites d'un travail trop prolongé.

M. Guéniot présente ensuite un compresseur iliaque (appareil pour la contention du pubis après la symphyséotomie).

M. Maygrier (Paris). — *Un cas de symphyséotomie.* — M. Maygrier rapporte l'observation d'une femme en travail chez laquelle il a pratiqué la symphyséotomie pour une tumeur attenante à la branche ischio-pubienne gauche et oblitérant en partie l'excavation. Cette femme a été amenée à l'hôpital de la Pitié, alors qu'elle était en travail depuis la veille et en période d'expulsion depuis plusieurs heures, n'ayant reçu aucun soin antiseptique en ville. Les membranes étaient rompues et le liquide amniotique était teinté de méconium. Cependant l'enfant vivait et les battements de son cœur étaient très réguliers ; il se présentait par le sommet, ainsi qu'on pouvait s'en rendre compte par le toucher qui permettait de sentir la tête engagée et coiffée d'une bosse séro-sanguine, mais retenue au-dessus de la tumeur. Cette tumeur, qui avait une consistance dure et élastique, et presque le volume du poing, ne permettait pas l'introduction de plus de deux doigts entre elle et les parois du bassin : le rétrécissement était donc considérable.

L'opération césarienne était contre-indiquée par la longue durée du travail. La basiotripsie pouvait présenter de grandes difficultés dans une excavation aussi étroite. M. Maygrier se décida à faire la symphyséotomie dans l'espoir d'agrandir suffisamment le bassin pour pouvoir extraire avec le forceps un enfant vivant.

L'opération ne présenta aucune particularité notable. Mais malgré plusieurs applications de forceps et un écartement de la symphyse qui alla jusqu'à six centimètres, la tête ne put être extraite. Pendant ces tentatives, il se produisit une procidence de la main et du cordon. Il fallut recourir à la basiotripsie qui n'offrit pas de difficultés. Au moment du passage de la tête broyée, la symphyse s'écarta de cinq centimètres.

Après la suture de la plaie opératoire et le pansement, le bassin fut maintenu à l'aide d'une attelle plâtrée, par-dessus laquelle on appliqua les jours suivants une bande d'Esmarch, pour plus de sûreté.

Au cours de l'intervention, avant de pratiquer la basiotripsie, on s'était aperçu que la paroi antérieure du vagin s'était déchirée sur une longueur de cinq centimètres environ. La lésion correspondait exactement au bord postérieur du pubis du côté droit, contre l'arête saillante duquel le vagin avait été fortement comprimé pendant les applications de forceps. Après l'opération, cette plaie vaginale fut suturée avec cinq fils de soie.

Les suites de couches furent d'abord incidentées par un frisson, des vomissements et une légère élévation de température ; puis tout parut rentrer dans l'ordre. La plaie se cicatrisa rapidement et les fils furent enlevés le dixième jour. Les lochies ne présentèrent rien d'anormal ; le ventre resta indolore. Mais le douzième jour, le membre inférieur gauche devint le siège évident d'une phlegmatia ; la température s'éleva jusqu'à 39°,2. Le membre était légèrement tuméfié, un peu douloureux et le genou renfermait une petite quantité de liquide. Tout s'apaisa d'ailleurs assez vite. Le 17e jour, la température était retombée à 37°. La malade allait bien, mangeait avec appétit et semblait devoir en être quitte pour un séjour prolongé au lit, lorsque le vingt-unième jour, à une heure de l'après-midi, elle fut prise, au moment où on la soulevait pour lui donner une injection, d'une crise de dyspnée aiguë, avec douleur retro-sternale. Cette crise dura à peine dix minutes pendant lesquelles la face bleuit et la dyspnée alla en augmentant ; elle se termina brusquement par la mort, malgré les soins empressés de l'assistance.

L'autopsie révéla l'existence d'un caillot volumineux dans la branche droite de l'artère pulmonaire. La mort a bien été le résultat d'une embolie pulmonaire consécutive à la phlébite de la jambe gauche.

La tumeur de l'excavation était un fibrome du périoste implanté sur la face postérieure du pubis gauche, et recouvrait toute la face interne du trou obturateur ; elle débordait notablement dans le vagin, mais elle avait subi depuis l'accouchement une régression considérable. Enfin, la symphyse présentait ceci de particulier, que les pubis n'étaient nullement réunis ; aucun tissu fibreux n'était interposé entre eux ; ils étaient séparés l'un de l'autre par un espace vide de deux centimètres et demi.

M. Maygrier fait remarquer la rareté de la symphyséotomie pratiquée dans de pareilles circonstances. Il n'a pu trouver dans la science qu'une observation de Novi, qui date de 1881 et dans laquelle l'opération fut faite pour une tumeur qui occupait le coté droit du bassin. Il serait intéressant d'étudier d'une façon précise le indications de la symphyséotomie dans le cas d'obstruction de l'excavation par des tumeurs pelviennes (*Applaudissements*).

M. Budin rapporte une observation de symphyséotomie qui lui semble présenter quelque intérêt, car elle montre dans quel embarras peut se trouver parfois l'accoucheur obligé de prendre une décision. Le 28 février dernier, dans la matinée, une femme primipare, qui s'était présentée à l'Hôtel-Dieu, fut envoyée chez une sage-femme agréée. Celle-ci, à 3 heures de l'après-midi, voyant que le travail n'avançait pas, pratiqua la rupture artificielle des membranes. Le soir, à 7 heures, les choses restant dans le même état, elle reconduisit la parturiente à l'Hôtel-Dieu, d'où on l'envoya à la Charité. Appelé par le téléphone, M. Budin trouva, à 8 heures et demie, une femme petite (1^m 42), constituant un type de rachitique ; le promonto-sous-pubien mesurait 9 centimètres et tous les diamètres du détroit supérieur étaient plus petits qu'à l'état normal. Il y avait donc un bassin généralement rétréci L'enfant se présentait par le sommet ; la tête mobile au détroit supérieur n'avait aucune tendance à s'engager ; elle était en position OIDA, presque en OP. L'existence de l'enfant paraissait très compromise. Depuis plusieurs heures il perdait son méconium ; quant aux battements du cœur, irréguliers par périodes, ils étaient réguliers dans d'autres, mais demeuraient alors ralentis et ne dépassaient pas le chiffre de 90 ou 100 par minute. On crut à l'existence d'une hémorrhagie méningée. La dilatation de l'orifice utérin n'étant pas complète, on résolut d'attendre pendant une heure au moins.

L'état moral de la mère était le suivant : elle avait peur, grand'peur de mourir, elle suppliait qu'on la sauvât. Quant à son enfant, elle n'en parlait point et lorsqu'on insista pour savoir si elle tenait beaucoup à son existence, elle laissa voir qu'elle tenait surtout à la sienne propre. Quant à l'opérateur, quelle conduite allait-il tenir ? Il fallait terminer l'accouchement, c'était certain, mais comment ? Avec le forceps ? l'insuccès était très probable pour ne pas dire certain. Tenter la version dans un bassin généralement rétréci ? l'insuccès paraissait également certain. Fallait-il recourir à la symphyséotomie ? l'enfant était très compromis, mais si, en février 1893, à Paris, on pratiquait la perforation du crâne sans avoir recouru à la symphyséotomie, on pouvait se voir reprocher de porter le perforateur dans le cerveau d'un enfant encore vivant et peut-être viable; si, au contraire, on faisait la symphyséotomie, on pouvait encourir le reproche de pratiquer cette opération pour un enfant destiné très probablement à mourir.

La mère n'avait pas de fièvre, mais plusieurs sages-femmes avaient pratiqué chez elle le toucher à diverses reprises. Ce qu'elle voulait, c'était ne pas mourir, son enfant lui importait peu. Or, au point de vue maternel, on ne saurait établir aucune comparaison entre la bénignité de la basiotripsie et les risques que la symphyséotomie fait courir à la femme. M. Budin était donc très perplexe. Il fit une application de forceps directe sur la tête qui se trouvait presque en OP. La tête, malgré deux tractions très fortes, ne s'engagea pas. Ne pouvant se résoudre à l'embryotomie, il fit la symphyséotomie. L'opération fut très simple; cependant les plexus pré-vésicaux donnèrent lieu à un écoulement sanguin en nappe très abondant. Un aide fit la compression avec de la tarlatane trempée dans du sublimé et, sans attendre, on fit, au moment d'une contraction, des tractions sur le forceps qui avait été laissé en place.

L'enfant, du poids de 3 kilos, fut extrait assez facilement ; il était en état de mort apparente. Après 20 minutes de soins : frictions, flagellations, bains chauds, insufflation, etc., il fut ranimé. En réalité, il ne paraissait pas très brillant, ses yeux s'ouvraient difficilement ; le lendemain et le surlendemain de sa naissance, il eut des convulsions; il avait en outre de la contracture permanente des membres supérieurs. Le 3e et le 4e jour, il augmenta de poids, mais à partir de ce moment, bien que sa mère eut beaucoup de lait, il commença à décliner; il succomba le 10e jour.

L'autopsie démontra que, comme on l'avait pensé, il y avait une hémorrhagie méningée.

Quant à la mère, les suites de couches furent bonnes, mais à partir du IIe jour elle eut trois poussées successives de galactophorite; deux fois sa température dépassa 38° ; elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie, elle marchait depuis plusieurs jours, et la réunion de la symphyse pubienne semblait parfaite. « Cette observation nous a paru intéressante, dit M. Budin, car elle montre quelles ont été mes hésitations et dans quelles perplexités d'autres accoucheurs pourraient se trouver. Je n'ai pas réussi à sauver l'enfant. J'ai fait courir à la mère qui ne le demandait pas beaucoup plus de risques qu'elle n'aurait courus avec la basiotripsie. Je ne retrouverais dans un cas analogue, je ne recommencerais pas. « Le fœtus étant mort ou compromis dans sa vitalité, la symphyséotomie est une mauvaise opération. » C'est Morisani qui a écrit cette phrase et sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, en ce qui concerne les indications de la symphyséotomie, par exemple, on fera bien d'imiter sa réserve et sa sagesse.

Les accoucheurs n'oublieront pas les bons résultats que peuvent

donner l'accouchement prématuré, le forceps, la version, et même les contractions utérines seules qui nous ménagent parfois d'agréables surprises. » (*Applaudissements*).

M. Tellier (Lyon). — M. Varnier, au nom de son ami le Dr Tellier, chef de clinique à Lyon, lit une observation de symphyséotomie.

M. Tellier a pratiqué cette observation chez une femme de 27 ans, primipare, en juillet 1892. Les dernières règles avaient eu lieu en septembre 1891. Cette femme avait commencé à marcher à l'âge de cinq ans et demi. Sa taille mesurait 1 mètre quarante-cinq, elle présentait peu de déformations apparentes du squelette, son bassin mesurait 10 centimètres trois quarts dans le diamètre promonto-sous-pubien. Ce bassin était canaliculé.

Le travail débuta le 9 juillet. La dilatation ne fut complète que le 12 juillet; après rupture artificielle des membranes, la tête ne s'engageant pas, M. Tellier pratiqua la symphyséotomie. Il se produisit alors une hémorrhagie très intense au niveau d'une des branches descendantes du pubis, hémorrhagie fournie par une artère du volume au moins de la radiale. On fit un tamponnement de la plaie, on essaya sans succès de lier le vaisseau, on cautérisa au thermo-cautère les parties qui saignaient. Il y avait trois quarts d'heure qu'on luttait contre l'hémorrhagie lorsqu'on pratiqua une application de forceps de Levret avec des lacs; la tête étant prise suivant un diamètre transversal, on exerça des tractions mesurées au dynamomètre, de 30 à 40 kilos. Il se produisit alors un écartement de 8 centimètres, qui atteignit 10 centimètres et même davantage, pendant l'extraction. L'enfant extrait vivant pesait 3.450 grammes; son diamètre bi-pariétal mesurait 10 centimètres huit. Le périnée avait été déchiré jusqu'à l'anus sans toutefois l'entamer, et en avant la déchirure s'étendait sur la partie antérieure de la vulve et sur la vessie. On pratiqua la suture des parties molles et de la vessie. L'opération avait duré une heure un quart; l'opérée avait respiré 70 centimètres cubes de chloroforme, elle avait perdu plus d'un litre de sang. On la plaça dans une gouttière de Bonnet; son pouls faiblissait, on lui injecta 800 grammes de sérum artificiel, mais elle mourut à 9 heures du matin. A l'autopsie, on ne constata rien de particulier en dehors des lésions produites, pendant l'extraction, sur la vulve et la vessie. Cette femme avait succombé à l'hémorrhagie, après un travail prolongé, circonstances auxquelles peuvent être ajoutés le choc traumatique et la déchirure de la vessie.

M. Tellier regrette de n'avoir pas employé, pour accélérer l'accouchement, le ballon Champetier, grace auquel il aurait eu un travail plus rapide. L'augmentation du diamètre du bassin à la suite de la symphyséotomie a donné surtout une augmentation des diamètres transverses du bassin, ainsi que l'a démontré récemment M. Fochier. L'auteur pense qu'il aurait eu avantage à placer la tête dans ce diamètre transversal, tandis qu'il s'est montré surtout préoccupé d'augmenter le diamètre antéro-postérieur qui est, suivant M. Fochier, celui qui augmente le moins. Enfin, M. Tellier estime que l'hémorrhagie doit être classée au nombre des dangers de la symphyséotomie. (*Applaudissements.*)

M. Varnier (Paris) trouve que 2 points sont à élucider dans la communication intéressante de M. Tellier : 1° la source de l'hémorrhagie et ce qui l'a rendue si considérable; 2° la cause de l'énorme écartement obtenu et des lésions consécutives. Il lui semble d'abord que la médecine opératoire rend possible des opérations plus complexes. Entre-t-il dans le champ opératoire de la symphyséotomie une artère qui ressemble à la honteuse interne? Il en doute. Dans ce cas, la dissection minutieuse de la région du vaisseau, sa ligature, sont à faire, si toutefois la compression a été insuffisante. Les seules hémorrhagies qu'il ait constatées sont des hémorrhagies en nappe qui ont cessé après l'extraction du fœtus et la suture. En second lieu, l'écartement du bassin, qui est un véritable écartèlement, lui paraît absolument démesuré, car, d'après les calculs de Farabeuf, un écartement de 60 millimètres, sur ce bassin même, devait fournir un agrandissement antéro-postérieur suffisant pour laisser passer un diamètre bi-pariétal de 112 millimètres en tranversal. Est-ce un accident dépendant de la technique suivie? C'est l'opinion de M. Varnier. M. Tellier n'a pas suivi le manuel opératoire indiqué par M. Pinard. S'il avait suivi ce manuel opératoire, il aurait produit la dilatation du bassin préalable à l'extraction, il aurait employé le forceps Tarnier, enfin il aurait saisi la tête suivant le diamètre bi-pariétal. Dans ces conditions, un écartement de six ou sept centimetres eût été suffisant et n'aurait pas été suivi de tous ces délabrements.

M. Varnier (Paris). — *De l'application du forceps au détroit supérieur des bassins rétrécis, en particulier dans ses rapports avec la symphyséotomie.* — Étant donné que la symphyséotomie permet d'ouvrir suffisamment les bassins dont le rétrécissement n'est pas extrême, et qui sont, il faut bien le dire, de beaucoup les plus fréquents, les opérations obstétricales qui ont pour but de tourner la difficulté doivent céder le pas à la symphyséotomie qui la tranche; car, par ce temps d'antisepsie, étant donnée la statistique de la symphyséotomie moderne et, en particulier, les résultats de M. Pinard, nous ne devons plus nous préoccuper que de la mortalité infantile. Déjà l'opération césarienne conservatrice a été abandonnée par Léopold, la basiotripsie sur l'enfant vivant, par l'école française; la version donne, entre les mains des accoucheurs les plus habiles dans des bassins sérieusement rétrécis, une mortalité fœtale expurgée de 32,1 0/0, c'est-à-dire supérieure à celle de la combinaison symphyséotomie suivie de forceps, non expurgée, qui est exactement, d'après la statistique dressée par moi, de 13 morts sur 83 cas. Cependant, on peut trouver des cas où on est très surpris d'extraire avec la version un enfant vivant. Garrigues rapporte un fait où les tractions très fortes exercées sur le trone n'entraînaient pas la tête; tout le monde croyait l'enfant mort. Il introduisit le doigt dans la bouche et il constata un mouvement de succion. Il tira avec le doigt, et l'enfant fut extrait vivant. C'est là un fait tout à fait exceptionnel. Il ne faut pas songer à améliorer ces résultats, en pratiquant la symphyséotomie au cours d'une version reconnue difficile ou impossible; le temps de pratiquer la symphyséotomie, on arriverait trop tard. La renaissance de la symphyséotomie entraîne donc la substitution du forceps à la version, dans le traitement curatif des viciations pelviennes, j'entends comme opération de choix, car au cours d'une extraction tentée par le forceps et reconnue impossible, on a du temps devant soi pour ouvrir le bassin.

Mais le forceps lui-même, sans section préalable du bassin, quand il y a disproportion, est un instrument meurtrier au détroit supérieur rétréci.

Sur les 13 morts d'enfants auxquelles il est fait allusion plus haut, cinq n'ont pas d'autres causes. Les dangers du forceps dans un bassin rétréci, non ouvert par la symphyséotomie, ressortent d'ailleurs nettement des calculs de Farabeuf et des statistiques que je vous apporte. Et je conclus :

1° Pour préjuger si l'application du forceps que nous allons tenter avant la symphyséotomie, qu'elle réussise ou non, va compromettre la vie de l'enfant que nous voulons sauver, nous ne pouvons nous appuyer fermement, ni sur l'intensité, ni sur la durée des tractions, ni sur le degré du rétrécissement, ni sur ce que nous pouvons savoir du volume du fœtus; nous ne savons jamais ce que fera le forceps, nous ne sommes pas maîtres d'en limiter l'action malfaisante, nous tirons un numéro à la loterie.

2° La théorie, je veux dire l'expérimentation, nous a d'ailleurs appris qu'au détroit supérieur nous ne pouvons demander au forceps, dans un bassin rétréci, non préalablement ouvert, autre chose que cette forte réduction qui rend les instruments si redoutables.

3° Le forceps au détroit supérieur ne sera plus appliqué par nous, c'est-à-dire par l'école de M. Pinard à laquelle j'appartiens, dans les bassins rétrécis, auxquels il est fait allusion plus haut, qu'après la symphyséotomie. Mais, dira-t-on, vous allez multiplier au delà de toute raison le nombre des symphyséotomies; à cela je réponds, chiffres en mains : que dans un service où il se fait 1,800 accouchements par an et qui a une forte clientèle de rétrécissements du bassin, mon maître, M. Pinard, pour supprimer de sa pratique tout ce qui faisait partie de l'ancienne méthode de traitement des bassins rétrécis, n'aurait pas eu à faire 20 symphyséotomies. C'est-à-dire, au total, beaucoup moins d'interventions que dans les années précédentes, pour un résultat supérieur, comme survie fœtale, puisqu'aussi bien la mortalité maternelle est chez lui hors de cause.

J'arrive maintenant à l'étude du forceps après symphyséotomie. La version doit lui céder le pas; c'est ce que prouve la statistique que j'ai dressée. Mais pour que le forceps, après symphyséotomie, donne les résultats qu'on est en droit d'en attendre, il faut, ainsi que le répètent depuis plus d'un an mes deux maîtres, MM. Farabeuf et Pinard :

1° Que la symphyséotomie soit complète, c'est-à-dire que le ligament sous-pubien soit divisé;

2° Que le bassin soit dilaté avant l'intervention finale, c'est-à-dire que les pubis soient écartés d'emblée de la quantité reconnue nécessaire, d'après l'évaluation faible du diamètre

promonto-pubien minimum, et l'estimation à 95 millimètres en moyenne du diamètre bi-pariétal du fœtus (*Applaudissements.*)

M. Fochier parle de la position à donner à la tête après la symphyséotomie. Il n'est pas aussi nécessaire qu'on le croit, dit-il, de se servir du forceps à traction axile; avec l'ancien forceps convenablement dirigé, on entraîne la tête dans la direction convenable. Mais avec ce forceps, comment placer la tête? Il ne faut pas oublier que dans les bassins symphyséotomisés, le grand diamètre transverse s'éloigne du promontoire pour se rapprocher de l'extrémité des pubis écartés. C'est dans ce diamètre transverse qu'il faut s'efforcer de faire passer le grand diamètre sagittal de la tête. Je ne crois pas à l'efficacité de tous ces calculs mathématiques qu'on nous prône actuellement. Cette circonférence qu'on inscrit entre le sacrum et le pubis, est-ce la tête fœtale? Mais la tête d'un fœtus est une masse des plus irrégulières, présentant des bosses et des creux, et souvent des inégalités de consistance extrême. Tout cela s'accroche, résiste ou cède. De là les présentations inclinées et tout ce modelage que M. Farabeuf a complètement oubliés et qui priment de beaucoup toutes les autres considérations. Toutes les considérations géométriques sont fausses à notre point de vue, puisqu'elles ne tiennent aucun compte de la malléabilité de la tête fœtale. Dans les bassins symphyséotomisés, le diamètre transverse est celui dont l'agrandissement a été le plus considérable. Alors, avec une tête de fœtus à terme et ce nouveau bassin agrandi, on se trouve dans les mêmes conditions que si l'on avait affaire à un bassin aplati avec enfant prématuré. Il est avantageux, dans ces cas, d'avoir une oscillation de la tête dans le sens de la déflexion, ce qui, comme l'a si bien montré Budin, permet aux bosses pariétales de se placer sur les côtés du promontoire. La symphyséotomie était comme un foyer entretenu au fond de l'Italie, par Marisoni. Voici que ce foyer activé par l'école de Pinard est devenu un brasier. Prenez garde (dussé-je passer pour un pompier en prononçant ces mots) qu'il ne se change en incendie! Puisque M. Tellier, que je connais et qui, je puis vous l'affirmer, n'est point le premier venu, a eu un accident mortel à Lyon, c'est qu'on peut en avoir. Lisez avec soin entre les lignes de beaucoup d'observations et vous verrez aux réticences, au malaise que l'on y sent, que les craintes sont permanentes. On ne doit pas redouter de publier les insuccès et les accidents que l'on a pu voir survenir, car on apprend ainsi à les connaître et à y parer dans la suite. Il en est de même pour toutes les opérations. Il faut que les observations soient loyalement publiées. La symphyséotomie n'est donc pas une opération si facile; il faut y regarder avant de la trop vulgariser. Il faut tenir compte aussi d'un autre élément : il y a chez les individus infectés des lieux de résistance moindre et, parmi ceux-ci, il faut signaler surtout les articulations. Nous connaissons les effets des entorses et traumatismes articulaires chez les animaux infectés. Or, que se passe-t-il chez nos accouchées? Si nous ne sommes pas sûrs de n'avoir pas de légers vestiges d'infection, ou si les femmes qui nous arrivent ne sont pas absolument exemptes d'une infection au début, craignons d'ouvrir chez elle une articulation. Je vous en supplie, Messieurs, à la vie consciente de la mère, n'hésitez pas à sacrifier la vie inconsciente de l'enfant. Cela, je m'empresse de l'ajouter, ne m'empêche pas de reconnaître le service considérable rendu à l'humanité par Marisoni, le conservateur de la symphyséotomie, et par cette trompette éclatante qu'on nomme Pinard qui a su en proclamer, aux quatre coins du globe, les merveilleux résultats (*Très vifs applaudissements*).

M. Pinard. — L'an dernier à pareille époque, je vous ai communiqué les résultats de 3 opérations, les premières qui aient été faites en France. Depuis lors, 16 autres ont été pratiquées dans mon service; en tout, depuis le 4 février 1892, 19 opérations. Sur ce nombre, 2 ont été faites par M. Varnier, 2 par M. Lepage, 1 par M. Potocki, 1 par M. Wallich, 13 par moi. Quatre de ces femmes étaient primipares et 15 multipares; 5 fois la symphyséotomie a été le complément de l'accouchement prématuré provoqué; 14 fois elle a été faite après déclaration spontanée de travail; 7 fois elle a été secondaire à des applications infructueuses de forceps et 12 fois pratiquée d'emblée. 18 enfants ont été extraits par le forceps et 1 par la version. Voici nos résultats : 19 femmes opérées, 19 femmes guéries; 19 enfants extraits vivants, 3 sont morts quelques jours après leur naissance. La mort de ces 3 enfants est-elle imputable à la symphyséotomie? L'un d'eux a dû être extrait par les pieds et il a succombé à une fracture du pariétal, produite par le défaut d'ouverture préalable du bassin. Le second est une victime de l'accouchement prématuré provoqué auquel j'avais cru devoir recourir, à cause des antécédents, n'étant pas encore assez convaincu, alors, de la puissance de la symphyséotomie. C'est donc moi qu'il faut incriminer et non la symphyséotomie. Le troisième a eu le frontal fracturé par une application irrégulière du forceps dans un bassin insuffisamment dilaté, après symphyséotomie. Ces trois enfants sont morts parce que nous n'avons pas demandé à la symphyséotomie tout ce qu'elle pouvait donner. Il faut préciser, en effet, ce qu'on doit entendre par symphyséotomie. Les tracés de Farabeuf ont démontré que l'agrandissement du diamètre conjugué, qui est le diamètre insuffisant, n'est pas uniformément proportionnel à l'écartement des pubis séparés, que cet agrandissement est accéléré, c'est-à-dire que minime pour les premiers centimètres d'écartement pubien, il croît de plus en plus pour chaque nouveau centimètre qui vient s'ajouter aux précédents. Il ne suffit donc pas de sectionner le pubis pour dire : « J'ai fait une symphyséotomie. » Il faut que la section soit complète, il faut qu'avant l'intervention finale l'écartement reconnu nécessaire par le calcul préalable soit produit par l'accoucheur. Jamais cet écartement ne doit être l'œuvre de l'enfant. L'expérience clinique, je dirais volontiers l'expérimentation clinique, vient confirmer ces données théoriques. Cet écartement préalable sur la nécessité duquel nous insistons depuis longtemps doit être produit soit par l'abduction des cuisses, soit par un écarteur enregistreur. Il est sans danger. Nous n'avons vu chez nos 19 opérés aucun de ces accidents qu'on a dit devoir résulter du diastasis sacro-iliaque. Nous n'avons jamais observé, à la suite de cet écartement calculé et rationnel qui a atteint et dépassé 6 centimètres, dans plusieurs cas, des lésions de l'urèthre et de la vessie. Aucune de nos opérées n'a eu de fistule vésico-vaginale. Trois fois nous avons vu se produire de petites lésions vestibulo-vaginales sur la prophylaxie desquelles nous reviendrons ultérieurement et qui ont guéri par un simple tamponnement à la gaze iodoformée. Après symphyséotomie, l'application de forceps est l'opération de choix; nous n'avons pas à revenir sur son manuel opératoire. Ceux d'entre vous qui ont voulu voir ont pu constater ce matin, à la clinique Baudelocque, chez 16 de nos opérées, les résultats éloignés et récents de la section pubienne. En présence de résultats semblables, je crains de voir grandir ma réputation d'interventionniste, même parmi mes amis les plus chers. Interventionniste, je l'étais, je l'avoue, mais je tiens à expliquer, sinon à légitimer ma conduite antérieure.

Ai-je cherché à me substituer aux forces naturelles? à suppléer la nature? Jamais. J'ai toujours cherché à l'aider, ainsi que le prouvent toutes mes statistiques opératoires publiées depuis que j'ai un service. J'ai tellement souffert en pratiquant des céphalotripsies et des basiotripsies sur des enfants vivants, que j'ai toujours cherché à faire disparaître cet opprobre obstétrical. C'est pour cela que j'ai provoqué beaucoup d'accouchements et que j'ai fait et fait faire beaucoup d'applications de forceps au détroit supérieur.

J'attendais que d'autres vinssent me montrer une voie meilleure, et c'est cette voie qui, tracée en France il y a plus d'un siècle, conservée et élargie en Italie, a été accueillie par Farabeuf, Varnier et moi avec tant d'enthousiasme. C'est cette voie que nous cherchons à établir en France et dans laquelle nous nous efforçons d'entraîner les accoucheurs de tous les âges et de tous les pays. Comment en serait-il autrement, quand on compare le présent au passé?

Depuis le 4 février 1892, j'ai eu à traiter 31 cas, dans lesquels la disproportion entre la tête et le bassin était considérable. Dans 10 cas, j'ai obéi aux indications classiques, c'est-à-dire que j'ai fait ou fait faire 10 applications de forceps au détroit supérieur. Résultats : 4 enfants morts. Dans les 21 autres cas, j'ai obéi aux indications nouvelles. Chez 19 femmes, j'ai pratiqué la symphyséotomie. Résultat définitif : 16 enfants vivants. Dans un cas de bassin oblique-ovalaire, j'ai pratiqué l'ischio-

pubiotomie et j'ai eu un enfant vivant. Enfin, dans un dernier cas de double luxation sacro-iliaque, avec diamètre bi-ischiatique de moins de 5 centimètres, j'ai pratiqué une amputation utéro-ovarique. Résultat : Un enfant vivant.

En définitive, 21 femmes vivantes et 18 enfants vivants à l'heure actuelle. Alors que, chez 16 de ces femmes, 30 grossesses antérieures ont abouti à la naissance de deux enfants vivant encore à l'heure actuelle.

Aussi, je me permets de dire aux jeunes : étudiez cette opération, évitez, avant de la pratiquer, les deux écueils que la symphyséotomie aura à franchir : L'infection préalable de la mère, la blessure préalable de l'enfant. Opérez sans crainte, et je ne crois ni me tromper, ni vous tromper en vous disant : Le succès vous attend (*Applaudissements.*)

M. Loviot. — Comme l'on doit élire un nouveau vice-président, et la séance menaçant d'être longue, je propose qu'on procède à l'élection immédiatement, pour que ceux que leurs affaires appellent ailleurs puissent se retirer quand ils le voudront.

La motion est adoptée et on procède au vote par appel nominal. Le résultat a été le suivant :

Nombre de votants : 44. — Majorité absolue : 23.

Ont obtenu : MM.	Pinard	16 voix.
	Charpentier.	24 —
	Crouzat . . .	1 —
	Budin	1 —
	Hervieux . .	1 —
	Bull. blanc.	1 —

M. Charpentier, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu deuxième vice-président. (*Vifs applaudissements.*)

Discussion.

M. Bar (Paris). — Messieurs, je ne crois pas qu'il puisse s'offrir en ce moment, à notre discussion, de sujet plus important que celui de la symphyséotomie que nous voyons renaître et que déjà certains accoucheurs veulent presque nous imposer comme une opération qui doive être toujours choisie quand un rétrécissement pelvien fait obstacle à l'accouchement.

Il importe, avant que cette discussion commence, que nos collègues qui tout à l'heure se sont montrés partisans si absolus de la symphyséotomie nous disent, avec une netteté qui ne prête à aucune ambiguïté, quelles sont, à leur sens, les indications de cette opération.

Je m'adresse donc à MM. Pinard et Varnier, qui viennent de nous faire des communications si intéressantes sur la symphyséotomie et qui entendent créer sur ce sujet une doctrine qu'ils nous incitent à accepter sans réserves et je leur demande : 1° Quand une femme atteinte d'un rétrécissement pelvien se présente à vous, étant en travail, si ce rétrécissement entrave l'accouchement et si vous estimez qu'une intervention est nécessaire, professez-vous que jamais on ne devra recourir à la version ? 2° Entendez-vous rejeter l'accouchement prématuré d'une manière absolue quand une femme enceinte, atteinte d'un rétrécissement pelvien, vient vous trouver, à une époque de la grossesse où vous pourriez utilement provoquer le travail ? Professez-vous qu'il convient d'attendre le terme de la grossesse pour faire alors la symphyséotomie ?

M. Varnier. — Absolument. (Il cite un des cas de sa statistique où M. Pinard refusa de provoquer l'accouchement pour faire la symphyséotomie à terme. Le bassin mesurait 9 centimètres.)

M. Pinard. — M. Varnier a parlé d'un bassin de 9 centimètres où j'ai renoncé à provoquer l'accouchement pour faire la symphyséotomie à terme. Mais il est bien entendu que dans un bassin très rétréci, mesurant moins de 7 centimètres, je combinerais l'accouchement prématuré provoqué et la symphyséotomie. Quant à la version, c'est une opération de nécessité à laquelle je n'ai jamais recours, à moins qu'il n'y ait une présentation de l'épaule. J'emploie toujours le forceps.

M. Bar. — Je suis heureux que MM. Pinard et Varnier aient bien voulu répondre avec autant de précision aux deux questions que j'ai eu l'honneur de leur poser tout à l'heure. Ainsi donc, nous sommes bien d'accord et la discussion ne peut s'égarer par suite de quelque confusion de notre part ou d'une vicieuse interprétation que nous aurions faite des paroles de nos deux collègues. Vous nous l'avez bien dit : 1° Vous rejetez d'une façon absolue la version quand il s'agit de terminer l'accouchement entravé par un rétrécissement pelvien (exception faite, bien entendu, pour les cas où le fœtus se présente par l'épaule, etc.). 2° Vous considérez qu'on ne doit pas provoquer l'accouchement quand on peut le faire utilement dans le cours de la grossesse. Vous ne faites d'exception que pour les cas où les bassins sont très rétrécis, et, si je vous ai bien compris, la limite du rétrécissement au-dessus de laquelle vous vous abstenez, au-dessous de laquelle vous agissez, serait environ de 7 centimètres. Les positions étant ainsi nettement définies, j'aborde la question.

Messieurs, une chose m'étonnait profondément : depuis une année, j'apprenais à tout moment que de nouvelles symphyséotomies étaient pratiquées, presque toutes dans la Clinique de M. le Pr Pinard, alors que, chargé d'un service où, tant dans l'intérieur de l'hôpital que chez les sages-femmes agréées, ont lieu plus de 2,000 accouchements par an, où les rétrécissements pelviens se rencontrent fréquemment, je ne pouvais arriver à en pratiquer une seule ; chaque fois que j'ai présumé que cette opération pourrait devenir nécessaire, j'ai vu la malade accoucher seule, ou j'ai pu terminer l'accouchement par une intervention plus simple : version ou application de forceps. Certainement, j'ai rencontré une série singulièrement heureuse ; mais, cependant, cela ne suffit pas à expliquer l'écart énorme qui existe entre le degré de fréquence avec laquelle la symphyséotomie est pratiquée dans le service de M. Pinard et l'absence de cas l'ayant rendue nécessaire dans le mien.

Les déclarations si précises de MM. Pinard et Varnier me permettent de donner la raison principale de ce fait, c'est que j'ai peut-être plus de confiance qu'eux dans le secours qui peut nous donner le forceps : c'est que j'ai volontiers recours à la version ; c'est que surtout je m'attache et j'attache mes élèves à examiner très attentivement et d'une manière très suivie les femmes enceintes atteintes de bassins rétrécis, afin de pouvoir, au moment que je juge opportun, provoquer l'accouchement prématuré, opération dont j'use très largement.

Distinguons bien nettement le cas où une femme, atteinte d'un bassin rétréci, vient nous demander secours, alors qu'elle est en travail, et celui où elle est enceinte et à une époque assez éloignée du terme de la grossesse pour que la provocation du travail puisse être discutée.

A. — Dans la première alternative, je suis convaincu que la symphyséotomie rendra des services, et, pour moi, je suis reconnaissant aux accoucheurs italiens d'avoir su voir tout le bénéfice que l'on pourrait retirer de cette opération, à M. Pinard et à ses élèves de l'avoir remise en honneur dans notre pays. Leurs observations, leurs arguments m'ont convaincu et je pense que l'opération qu'ils préconisent devra être faite, et sans hésitation, quand il y aura disproportion notable entre le volume du fœtus vivant, bien vivant, et la capacité du bassin. Mais ces cas sont-ils donc si nombreux ? Ne savons-nous pas que, dans la plupart des cas, avec un peu de patience, on voit des têtes fœtales singulièrement élevées au début du travail, s'amorcer au détroit supérieur et peu à peu descendre, puis le traverser ! Ne savons-nous pas que chez beaucoup de femmes, si on a su ne pas intervenir trop vite et éviter de faire ainsi une opération infructueuse ou dangereuse pour le fœtus, on peut terminer l'accouchement par une application de forceps ni difficile ni dangereuse pour la mère ou l'enfant, et que celui-ci, une fois né, vit et se développe tout aussi bien qu'un autre ?

Mais laissons ces faits heureux, que j'ai voulu évoquer devant vous parce qu'ils doivent nous empêcher d'agir trop vite ; si on ne les oublie pas, je suis certain que les cas dans lesquels on fera la symphyséotomie se réduiront singulièrement en nombre. Cependant, quand l'accouchement sera réellement entravé, alors qu'il nous semblera que la disproportion entre le volume de la tête fœtale restant élevée et la capacité du bassin est telle qu'on ne puisse espérer avoir un enfant vivant

et viable par une intervention bien conduite, quelle conduite adopterons-nous?

MM. Pinard et Varnier nous disent que nous devrons tenter une application de forceps et si nous échouons ou plutôt, pour peu que nous éprouvions quelque résistance, nous devrons faire de suite la symphyséotomie. Ils rejettent l'emploi de la version, et M. Varnier, dont les paroles ont sans doute dépassé la pensée, nous a dit qu'aujourd'hui, devant des accoucheurs français, personne n'oserait plus soutenir les avantages de la version. Mais cette opération, j'en use fréquemment; j'estime qu'elle est souvent très utile; elle m'a donné de bons résultats, et je vous avoue, Messieurs, que c'est l'absolutisme avec lequel M. Varnier l'a rejetée qui m'a poussé à prendre parti dans un débat où je voulais m'abstenir.

Je sais bien que M. Varnier nous a donné des statistiques qui ne laissent pas que d'impressionner défavorablement vis-à-vis de la version. Eh quoi! Parce que des opérateurs auront eu toujours recours, ceux-ci au forceps, ceux-là à la version, et auront obtenu de médiocres, mettons si vous voulez, de mauvais résultats, nous devons réputer telle ou telle de ces opérations comme mauvaise! Il y a deux jours, notre président, M. Guéniot, nous disait que vouloir traiter tous les cas d'infection puerpérale sans distinction, par le curettage, ce n'était pas agir en clinicien. Aujourd'hui, ne puis-je pas vous dire que toujours faire la version ou toujours recourir au forceps, ce n'est pas non plus faire de la clinique. Gardons-nous d'abuser de ces formules « toujours » et « jamais » que sait répudier le vrai clinicien, celui qui se rend compte de la variété des cas que le hasard offre à son observation. Pour moi, je suis convaincu que, suivant les cas, version et forceps doivent être employés.

S'il s'agit d'une de ces primipares aux parties molles rigides, au vagin étroit, comme il arrive souvent quand le bassin est généralement rétréci, chez qui la poche des eaux s'est rompue avant que la dilatation soit complète; s'il s'agit d'une de ces femmes chez lesquelles le col ne se dilate que lentement, laissant toujours au-dessous de la tête un bourrelet plus ou moins épais; si la tête fœtale est étroitement appliquée contre le détroit supérieur ou paraît s'y encastrer grâce à une bosse séro-sanguine volumineuse, c'est le forceps que nous choisirons. En effet, pour juger de la valeur de la version, il ne suffit pas de dire que la tête venant dernière passera plus facilement que venant première et saisie par le forceps; il faut évidemment tenir compte de la difficulté que, dans un cas donné, on éprouvera pour atteindre les pieds, pour déplacer la tête, pour faire évoluer le fœtus, pour l'extraire non seulement à travers un bassin rétréci, mais encore à travers les parties molles rigides et étroites. Nous savons qu'en pareil cas, les manœuvres nécessaires pour faire passer la tête à travers le détroit rétréci seront plus difficiles et que le fœtus aura plus de chances de succomber.

Mais s'il s'agit d'une multipare, aux parties molles souples et incapables par elles-mêmes de créer le moindre obstacle; chez qui la tête est bien mobile au détroit supérieur et dans un œuf intact, alors la version devient une bonne et excellente opération qui permettra d'extraire le fœtus sans grands dangers et avec une facilité qui parfois m'a bien étonné. Je puis vous assurer que je publierai intégralement les résultats que j'ai ainsi obtenus.

Avec ces réserves, je crois que la version reste une opération qui doit avoir droit de cité, et pour me résumer je dirai que la symphyséotomie doit nous rendre plus prudents dans nos tractions sur le forceps, plus sages dans les essais de version, qu'on ne l'était autrefois. Mais de là à condamner la version sans appel, à vouloir recourir à la section des pubis dès qu'on rencontre la plus petite résistance quand on fait une application de forceps précoce, je crois qu'il doit y avoir loin.

B. — Quand une femme est enceinte, MM. Pinard et Varnier estiment que l'accouchement prématuré artificiel doit être condamné à moins que le rétrécissement du bassin ne soit extrêmement marqué. Ici, je me sépare complètement de mes collègues et je demande à M. Pinard la permission de dire nettement toute ma pensée malgré toute la déférence que je professe pour son autorité.

Les premiers mots que M. Varnier a prononcés en commençant sa communication avaient pour but de rappeler les chiffres que vous aviez déjà entendus hier quand notre maître commun M. le Pr Tarnier, nous rapportait les résultats qu'il qu'il avait obtenus en pratiquant l'accouchement prématuré artificiel. Etudions de près la conclusion qui se dégage de cette statistique.

Vous conviendrez avec nous que dans les cas où on provoque l'accouchement, la mortalité de la mère ne se trouve en aucune façon accrue par le fait de cette intervention: nous sommes bien d'accord sur ce point. La mortalité des enfants est d'environ 18 0/0. Pour mon compte, dans une série de 40 accouchements provoqués, je suis arrivé à un chiffre sensiblement égal. Mais comment sont morts ces enfants nés prématurément? Il en est un certain nombre qui ont succombé pendant le travail, avant qu'on ait pu intervenir ou à la suite de quelque opération. Quelques-uns nés vivants sont morts peu de temps après, soit par suite de longueur du travail, soit par suite d'opérations qui ont été nécessaires; enfin un certain nombre sont morts de faiblesse congénitale. Vous savez enfin que dans la statistique que nous a donnée M. Tarnier, plusieurs cas n'avaient pas trait à des bassins rétrécis. C'est l'état grave de la mère qui a provoqué l'intervention.

Supposez qu'au lieu de pratiquer l'accouchement prématuré, on ait attendu jusqu'au terme pour faire la symphyséotomie, pouvez-vous soutenir que tous ces enfants seraient nés vivants? Est-ce qu'un certain nombre n'eussent pas succombé, par exemple, avant qu'on eût pu intervenir? Est-ce que vous n'auriez pas dû compter sur quelques morts dues à des procidences, etc.? Si bien surveillées qu'aient été les femmes chez qui vous avez pratiqué la symphyséotomie, n'avez-vous pas eu à déplorer la mort de 3 enfants (soit 15 0/0) et ces trois échecs ne doivent-ils pas être, en réalité, attribués à des causes de cet ordre?

Au surplus, la véritable raison qui vous pousse à rejeter l'accouchement prématuré doit être la suivante: avec la symphyséotomie, vous nous donneriez des enfants solides alors que par l'accouchement prématuré nous ne pourrions avoir que des enfants faibles qui se développeront mal et dont la santé restera toujours précaire. Sans doute, quand les enfants naissent pesant moins de 2,000 grammes, 2,000 grammes même, on ne les élève que difficilement et souvent ils restent chétifs. Mais sont-ils donc si fréquents les bassins dont le rétrécissement est tel que pour le franchir le fœtus doive peser 2,000 grammes ou moins? Est-ce que nous ne savons pas que dans un bassin de 7 centimètres, on peut le plus souvent faire passer un fœtus de 2,400 à 2,500 grammes? Pas plus tard que hier, Messieurs, je terminais l'accouchement chez une femme ayant un bassin rétréci de 7 centimètres, 7 (déduction faite), qui était enceinte pour la quatrième fois et chez qui je venais de provoquer l'accouchement; j'ai fait la version et j'ai pu extraire un enfant parfaitement vivant et pesant 2,900 grammes. Vous m'accorderez qu'aujourd'hui je suis plus tranquille sur le sort de cette femme que si j'avais attendu le terme de sa grossesse pour pratiquer la symphyséotomie, et peut-on soutenir que cet enfant s'élèvera difficilement? Non, il n'est pas vrai que dans ces cas où vous rejetez l'accouchement prématuré, c'est-à dire lorsque le rétrécissement est de 8 centimètres, 9 centimètres et 9 centimètres 1/2 (et ce sont les cas les plus fréquents), l'accouchement provoqué ne nous donne que des enfants trop faibles pour être élevés. Le plus souvent, en nous appliquant à intervenir au moment opportun, nous aurons des enfants de plus de 2,500 grammes; il suffira de les bien soigner, de leur donner de bonnes nourrices pour qu'ils deviennent beaux et forts.

Voyons ce que nous donne l'expectation suivie de la symphyséotomie. Aurez-vous à coup sûr des enfants vivants? Je crois avoir montré que non. Il est vrai, les enfants seront plus développés, plus vigoureux, mais cet avantage vous l'achèterez cher, car vous ne pouvez soutenir que l'opération de la symphyséotomie soit sans danger. Nous avons entendu l'exposé de faits malheureux qui nous le prouvent. Vous nous direz bien que vous avez pu faire 20 symphyséotomies sans accidents, sans décès; à cela je répondrai que vous avez opéré dans des conditions singulièrement favorables, dans une clinique admirablement outillée, avec un personnel éprouvé, con-

ditions dans lesquelles ne se trouveront pas toujours ceux qui vous suivront. Pensez-vous que cette série heureuse vous permette d'affirmer que vous êtes à l'abri de tout accident? Quel est le chirurgien qui ayant fait une série de 30, de 40 ovariotomies avec succès, pourrait soutenir que cette opération est absolument exempte de dangers ?

En somme l'accouchement prématuré provoqué dans les conditions que nous avons indiquées est sans danger pour la mère; il nous donnera des enfants plus faibles lors de leur naissance, mais qui bien soignés se développeront parfaitement. Attendre pour faire la symphyséotomie, c'est, il est vrai, avoir généralement un enfant plus vigoureux, mais ce n'est pas la certitude d'avoir un enfant vivant; c'est de plus faire courir un risque réel à la mère. Nous ne devons pas vous suivre dans cette voie. Nous continuerons donc de recourir à l'accouchement prématuré, préférant les soucis et les tracas que nous devrons subir pour soigner un enfant né prématurément, mais parfaitement élevable, aux inquiétudes qu'on doit éprouver quand on fait courir à une femme les dangers qu'entraîne une symphyséotomie, alors qu'on avait entre les mains le moyen de les lui éviter. (*Applaudissements très vifs*).

M. Pinard. — Je serai bref dans ma réponse. Voyons d'abord le premier point : Je conçois l'étonnement de M. Bar faisant si peu de symphyséotomies. J'ai le malheur d'avoir quelques années de plus que lui. Lorsque j'ai quitté Lariboisière, un grand nombre de nos anciennes clientes sont venues nous retrouver à la clinique Baudelocque, et je crois bien que j'ai aussi enlevé à la Maternité un certain nombre de ses malades. Cela pourrait expliquer le nombre plus considérable de viciations pelviennes qui se présentent dans mon service. De son côté M. Porak, passant de Saint-Louis à Lariboisière, a probablement entraîné avec lui beaucoup de femmes. Peut-être est-ce là la cause du petit nombre de bassins rétrécis observés par M. Bar. Mais, M. Bar a oublié ce que j'ai dit dans ma communication, à savoir que chez les 19 femmes sur lesquelles j'ai pratiqué la symphyséotomie, il y avait eu 30 grossesses antérieures traitées par diverses méthodes, et que sur ces 30 grossesses, 2 enfants seulement avaient été élevés. Sur ces 19 femmes, au contraire, la symphyséotomie suivie de forceps m'a permis d'extraire 16 enfants vivants.

2° M. Bar dit que dans un bassin de 7 centimètres peut passer un enfant de 2,400, 2,500 grammes. Je lui demanderai sur quoi il se fonde pour évaluer ainsi le poids d'un fœtus dans l'utérus. Combien d'enfants de 1,800 grammes ont été expulsés après l'accouchement provoqué! Moi-même, combien de fois me suis-je trompé et ai-je extrait des enfants gélatineux, alors qu'il m'était permis de les croire parfaitement viables!

3° M. Bar parle de série heureuse, mais moi aussi j'ai eu des séries heureuses et si on se basait uniquement sur l'accouchement prématuré provoqué, je pourrai passer pour le premier opérateur de Paris. Dans un livre de M. la Torre, que vous avez tous entre les mains, j'ai donné une statistique de 88 0/0 d'enfants sortis vivants après l'accouchement provoqué.

Pourquoi donc, avec de semblables résultats, ai-je abandonné cette opération ? Parce que les enfants ne présentaient pas assez d'aptitude à la vie. Et à mon tour, Messieurs, laissez-moi vous faire un compliment, car vous avez fait pour l'élevage des nouveau-nés, tout ce que peuvent la science et le dévouement. Eh bien, malgré cela, les enfants succombent trop souvent.

Enfin, une dernière raison, c'est que lorsqu'on provoquait l'accouchement, souvent on intervenait trop tard.

M. Budin. — La communication de M. Varnier a le mérite d'être nette. Pour M. Pinard comme pour lui, on ne doit plus, dans les rétrécissements du bassin, recourir ni au forceps, ni à la version, ni à l'accouchement prématuré ; la symphyséotomie seule suffira dans tous les cas, symphyséotomie complétée par une application de forceps.

Pour rejeter le forceps, M. Varnier invoque différentes statistiques, quelques-unes mêmes ne sont point récentes, car elles datent d'avant la guerre. Pour la version, M. Varnier ne prend même pas la peine de la discuter, c'est une opération antique qui n'a pas sa raison d'être. L'accouchement prématuré ne trouve pas davantage grâce devant lui. M. Pinard déclare qu'il est interventionniste à outrance, c'est possible, mais en tout cas interventionniste *monocorde*.

Et, cependant, il y a d'autres statistiques que celles signalées par M. Varnier ; c'est à peine s'il a fait allusion à celle, si importante cependant, que M. Tarnier nous a apportée hier et qui donne les résultats qu'il a obtenus avec l'accouchement prématuré. Moi aussi, dans la journée d'hier, je vous ai apporté les statistiques de mon service ; M. Varnier les a complètement laissées de côté, si bien que (et je vous en demande pardon) je vais être obligé de me répéter aujourd'hui. Du mois d'octobre 1891 au mois d'avril 1893 nous avons eu, à la Charité, dans les bassins retrécis par rachitisme, 25 accouchements artificiels : 1 accouchement provoqué, 1 enfant vivant ; 12 applications de forceps, 12 enfants vivants ; 9 versions, 8 enfants vivants. Dans le neuvième cas, mon interne avait essayé de sauver par la version, en faisant l'extraction rapide, un enfant mourant des suites d'une procidence du cordon. Il y eut encore 1 embryotomie pour un enfant apporté mort et se présentant par l'épaule, et 2 symphyséotomies ; les enfants naquirent vivants, mais ils succombèrent le 14e et le 10e jour sans que la symphyséotomie pût être incriminée. De sorte que, ajoutai-je, sauf dans ces derniers faits, aucun des enfants pour lesquels on était intervenu par le forceps, la version, l'accouchement prématuré n'avait succombé. Aucun enfant non plus n'est mort dans les cas où l'accouchement a été spontané, bien que le degré du rétrécissement eût fait croire à une intervention probable.

Au lieu de ne pas tenir compte de ces statistiques, ne serait-il pas juste de se demander pourquoi ces différences entre les opérateurs, car enfin les chiffres sont là, indiscutables. Etudions les faits de plus près.

M. Fochier a très bien rappelé tout à l'heure comment, en général, la tête franchissait le détroit supérieur dans les bassins rétrécis. Elle se défléchit plus ou moins, son diamètre bi-temporal plus petit et plus réductible tend à passer à travers le diamètre antéro-postérieur rétréci. Si les contractions utérines sont assez fortes, l'accouchement a lieu ; quand elles sont insuffisantes, si sans déplacer la tête, sans perdre le bénéfice des modifications qu'elle a subies, vous faites une application oblique de *forceps*, comme vous feriez un véritable cathétérisme, les tractions venant s'ajouter aux contractions utérines, la *vis a fronte* venant compléter la *vis a tergo*, on voit la tête passer; l'enfant naît vivant. En agissant ainsi, sans, je le répète, déplacer aucunement la tête, on imite réellement le mécanisme normal de cet accouchement anormal. Si, au contraire, pour faire une *application dite régulière du forceps*, on soulève la tête au-dessus du détroit supérieur, et si après l'avoir fléchie on applique l'instrument, une branche en arrière sur l'angle sacro-vertébral et l'autre en avant derrière la symphyse, quel résultat obtient-on? (A ce moment M. Budin, pour rendre sa démonstration plus nette, emprunte à M. Varnier un des crânes fracturés par le forceps qu'il a apportés à la séance).

La tête fortement fléchie tend à passer à travers le rétrécissement, non plus par son diamètre bi-temporal plus petit et plus réductible, mais par le *diamètre bi-pariétal* qui est plus considérable. Vous pouvez le constater facilement en regardant cette figure que je vous présente. Il est au moins quelqu'un ici qui n'en niera pas l'exactitude, c'est M. Varnier, car elle lui est empruntée. Donc, si vous mobilisez la tête au-dessus du détroit supérieur ou si elle est naturellement mobile, l'application de forceps paraît défectueuse.

La *version* donne, dans les bassins rétrécis, des résultats qui nous ont parfois semblé surprenants, mais il faut tenir compte pour ces cas de la forme du détroit supérieur. Voici trois figures superposées, elles représentent trois bassins qui tous mesurent 8 centimètres de diamètre antéro-postérieur, le premier est un bassin généralement rétréci ; l'ouverture du détroit supérieur est alors peu considérable, vous venez d'en voir un type remarquable dans le bassin qui vous a été présenté de la part de M. Tellier (de Lyon). La tête venant la première ou la dernière ne passe que très difficilement, et c'est dans ces cas surtout que la symphyséotomie rend de grands services. D'autres fois, le bassin est aplati, c'est-à-dire que le diamètre transverse a conservé des dimensions considérables ; d'autres fois encore, l'ouverture du détroit supérieur a la forme d'un cœur de carte à jouer et il existe sur les côtés et en arrière des

courbures qui donnent à l'ouverture des dimensions plus considérables; elles permettent à la tête venant la dernière de se loger dans un des côtés du bassin et de passer plus facilement. Mais comment cette tête va-t-elle descendre ? Rappelez-vous l'observation si curieuse que M. Varnier vous a rapportée et qu'il a empruntée à Garrigues. On tirait fortement sur le tronc et sur les épaules; la tête retenue la dernière au détroit supérieur ne s'engageait pas et toute la famille croyait l'enfant mort, lorsque, introduisant le doigt dans la bouche de l'enfant, l'opérateur constata qu'il exécutait des mouvements de succion, il tira sur le maxillaire inférieur et l'enfant naquit vivant. N'oubliez pas ce doigt mis dans la bouche. Les expériences nous ont depuis longtemps démontré que si on tire sur les épaules, la tête se défléchit et le diamètre bi-malaire se trouvant arrêté par le rétrécissement empêche la descente du crâne. Si, au contraire, on fléchit fortement la tête, si on la repousse vers le côté le plus large du bassin et si on applique la nuque sur la ligne innominée, on voit la tête fléchie mettre son diamètre bi-temporal, le plus petit et le plus réductible, en rapport avec le diamètre antéro-postérieur du bassin. Des tractions déterminent alors le passage de la tête.

Il nous semble qu'on oublie trop facilement les démonstrations qui ont été faites sur ce point. N'y a-t-il pas, en particulier, une thèse écrite par un de nos collègues et dans laquelle il a lui aussi étudié ce mécanisme du passage de la tête. M. Pinard lui-même ne paraît il pas s'en être fait le parrain, puisque la manœuvre à laquelle on a recours c'est lui, si je ne me trompe, qui l'a baptisée du nom de manœuvre de Champetier. M. Champetier, en effet, a montré que dans ces cas, si un aide fait l'expression à travers les parois abdominale et utérine, cette expression doit porter non sur un point quelconque de la voûte cranienne, mais sur la région frontale. En agissant ainsi, en effet, on contribue encore à fléchir la tête et à appliquer la nuque sur la ligne innominée.

J'ai été très frappé, pour ma part, de voir, dans un certain nombre de cas où le forceps avait échoué, la version me permettre d'extraire des enfants vivants. Ne pouvant me décider à faire l'embryotomie, je voulais leur donner une dernière chance de salut en pratiquant la version, me disant qu'il serait toujours temps de faire la perforation sur la tête venue la dernière; or dans ces 18 derniers mois, 5 fois la version m'a permis d'amener un enfant vivant alors que le forceps avait complètement échoué et, si je ne me trompe, je possède aujourd'hui en totalité 13 cas de ce genre.

En assistant à des expériences que je faisais sur des bassins de fonte, mes élèves ont été bien surpris de voir une tête volumineuse traverser, en venant la dernière, un rétrécissement qu'ils avaient considéré comme infranchissable.

Ainsi donc, l'accouchement prématuré, le forceps, la version peuvent donner des succès; les chiffres de M. Tarnier pour l'accouchement prématuré et les miens pour ces dernières opérations vous le prouvent.

Pendant un certain temps, M. Pinard a beaucoup employé l'accouchement prématuré; il nous a rappelé lui-même tout à l'heure la statistique qu'il avait publiée et qui portait sur 100 cas. Il a, paraît-il, abandonné cette méthode. Plus tard, mon excellent collègue a vivement conseillé l'application antéro-postérieure du forceps sur la tête qu'il fléchissait et refoulait audessus du détroit supérieur; il a encore abandonné cette opération. Aujourd'hui, il n'accepte plus que la symphyséotomie.

Ce qu'il faut, c'est non pas seulement savoir mesurer le diamètre promonto-pubien minimum, mais reconnaître les différentes formes du détroit supérieur, les diverses variétés de bassins rachitiques. Savoir distinguer s'il faut appliquer le forceps, faire la version, provoquer l'accouchement prématuré ou sectionner la symphyse, cela est évidemment plus difficile que de recourir toujours à une seule et même opération, la symphyséotomie. Etant donné les dangers de cette dernière intervention, car il y a eu des accidents et on en publiera d'autres, beaucoup de médecins préféreront encore recourir au forceps, à la version ou à l'accouchement prématuré. Les malades surtout choisiraient, c'est très probable, les opérations qui leur font courir le moins de risques.

Notre éminent collègue M. Pinard nous demande d'apporter ici les résultats que nous obtiendrons chacun avec une seule méthode afin de les comparer à ceux qu'il obtiendra lui-même en ayant uniquement recours à la symphyséotomie. Je puis dire que, pour ma part, j'ai dévancé son appel en apportant hier mes statistiques. Je ne demande qu'à le faire encore dans l'avenir, mais je l'en avertis, je n'emploierai pas une seule méthode, mais toutes les méthodes; j'aurai, suivant les cas, recours à l'accouchement prématuré, au forceps, à la version et même à la symphyséotomie toutes les fois qu'ils me paraîtront indiqués. (*Applaudissements prolongés: M. Budin est l'objet, de la part du public, d'une véritable ovation*).

M. Pinard. — Vous vous laissez entraîner par ces flots d'éloquence et séduire par cette parole harmonieuse que je ne saurais atteindre. Moi aussi, je pourrais vous faire une leçon. (*Bruit dans le public*). Je ne répondrai qu'un mot : Certes les statistiques que nous a apportées M. Budin dénotent une extrême habileté. Je crois qu'il a eu une de ces séries heureuses dont on parlait tout à l'heure. Faire passer un fœtus de 4,000 grammes dans un bassin très rétréci est à coup sûr une chose qui n'est pas ordinaire Je suis surpris d'apprendre ces succès avec la version que M. Budin ne nous avait pas encore annoncés. Mais sa démonstration me semble rester dans le vague. (*Bruit dans le public.*) D'autre part, je m'étonne que M. Budin, qui dirige une Maternité depuis longtemps, nous donne une statistique ne portant que sur les deux dernières années, c'est-à dire depuis la fondation de son nouveau service. Une statistique portant sur dix années eût été plus convaincante. Depuis longtemps, je demande à mes collègues de publier leurs statistiques complètes et intégrales.

M. le Président. — M. Bar demande-t-il la parole?

M. Bar. — Non, Monsieur le Président, je désire ne rien répondre.

M. Budin. — Mon collègue déclare qu'il faut, pour qu'elles soient convaincantes, apporter les statistiques des dix dernières années. Cela ne prouverait rien et, de plus, chacun sait que pour ma part, cela me serait impossible, car j'ai été longtemps souffrant et absent. Je n'ai point, paraît-il, et je le regrette, le bonheur d'être lu par mon collègue; j'ai, il y a quelques années, publié, dans un volume, une leçon clinique où j'ai décrit, avec figures à l'appui, le passage de la tête dernière à travers le détroit supérieur rétréci, et j'ai déjà à ce propos rapporté un certain nombre d'observations convaincantes. Enfin, les opérations qui ont été faites à la Charité ont été pratiquées publiquement, en présence des élèves qui ont pu suivre, jusqu'au moment de leur départ, les mères et les enfants placés dans les salles communes. Je puis, en toute sincérité, garantir l'exactitude des statistiques que j'ai rapportées. (*Applaudissements.*)

M. Pinard. — J'insiste pour qu'on nous apporte les statistiques portant sur les dix dernières années. Je ne croyais pas, pour ma part, que l'influence architecturale pût être si grande sur les statistiques. (*Murmures dans le public*). *Certes, je ne mets pas en doute .. (Nouveaux murmures). — M. Pinard se retourne brusquement vers le public qu'il apostrophe de véhémente façon...*

M. le Président. — C'est entendu, M. Pinard. La discussion est close. Messieurs, je lève la séance et je vous donne rendez-vous à l'année prochaine. Dr Léon Merle.

Le médecin centenaire. — Le corps médical havrais a offert dans les salons de Frascati, un banquet au docteur centenaire de Bossy, né le 4 avril 1793 et, par conséquent, âgé de cent ans et six jours. Très dispos, de grand appétit, le centenaire présidait le repas, auquel il a fait honneur. Au champagne, plusieurs médecins ont porté un toast à leur vénérable confrère et lui ont remis une médaille commémorative. Le centenaire a répondu par une allocution charmante, rappelant que son propre père avait vécu cent huit années et disant que, pour son compte personnel, il était disposé à faire le possible pour soigner longtemps encore l'humanité souffrante.

Hygiène des boissons. — Le Conseil général de Loir-et-Cher a renouvelé son vœu en faveur de la réforme de l'impot sur les boissons à la condition que la réglementation des bouilleurs de cru ait pour corollaire la suppression do l'impot sur les boissons hygiéniques.

VARIA

Association générale des médecins de France.

Trente-quatrième Assemblée générale.

Séance du dimanche 9 *avril* 1893.

Il a été rendu compte dans le *Bulletin* (p. 277) des deux séances de l'Association. Nous croyons devoir citer ici les passages les plus intéressants des principaux discours qui ont été prononcés.

Un des points les plus importants du discours de M. Lannelongue est le suivant, que nous reproduisons *in extenso*.

« La première ayant trait à l'indemnité-maladie, a été rejetée par la majorité et plus exactement par 36 Sociétés sur 59 ayant voté. Le petit nombre de votants dans un très grand nombre de Sociétés justifie quelque peu l'indifference dont font preuve volontiers les médecins quand il s'agit de leurs propres intérêts. Mais je n'ai pas la pensée de discuter la validité du vote et je l'accepte tel qu'il est, c'est-à-dire avec la déduction qui en découle directement. L'Association rejette la création de l'indemnité-maladie quelle qu'en soit la forme : soit un droit, soit un secours réglementé.

« Un certain nombre d'entre vous, poursuivant un but on ne peut plus louable, d'ailleurs pensaient depuis longtemps que l'heure avait sonné d'essayer de donner à l'association une orientation plus en harmonie avec des mœurs nouvelles; la majorité a répondu qu'elle désirait rester dans sa méthode traditionnelle.

« On ne pouvait, au surplus, faire un pas en avant de ce côté sans avoir résolu affirmativement la seconde question. Cette fois, en vous demandait d'elever à 20 francs vos cotisations; vous vous y êtes aussi refusés. Ici, ma voix ne peut se défendre de pousser un cri de regret. L'élévation des cotisations n'entraînait aucunement, en effet, la création d'une nouvelle Caisse et vous pouviez faire ce léger sacrifice sans porter atteinte aux principes de votre Association sans modifier vos règles anciennes.

« A l'époque où l'on voit se multiplier les Associations de toutes sortes, où la loi pousse a la résurrection des corporations en leur assurant des droits comparables à leurs anciens privilèges, n'avons-nous pas le devoir d augmenter les leviers de notre puissance en cherchant en nous-mêmes des moyens de protection et de défense qui seront de plus en plus nécessaires dans l'avenir?

« Et lorsqu'on appartient à ce groupement d'hommes qui s'appellent les médecins, n'y-a-t-il pas une certaine dignité à faire au moins autant que les personnes des conditions les plus humbles dans leurs associations respectives ? Vous y réfléchirez, mes chers confrères ; vous ne vous laisserez pas éblouir par le tableau d'une prospérité sans fin ; vous vous rappellerez ce qu'il y a d'honorable et de moral à donner une part de son travail a une œuvre d'affranchissement professionnel, et, reprenant la question un jour ou l'autre, vous lui donnerez, j'espère, une meilleure solution. »

M. Brun, trésorier, donne ensuite lecture du compte-rendu financier. Il se plait à constater que, chaque année, le capital va en augmentant, et il espère que bientôt le taux des pensions pourra être porté de 600 a 1.200 francs. Voici l'état de la situation financière de l'Association à la fin de l'exercice 1891.

Capitaux de la caisse générale.	Fr.	92 785	»
Caisse des pensions viagères		1.559.011	»
La Société centrale et les Sociétés locales		1.070.500	»
Total	Fr.	2.722.296	»

En outre, les rentes qui appartiennent à ces différentes caisses, en supposant qu'elles fussent capitalisées à 4 0/0, représenteraient un total d'environ 175,000 fr., ce qui porterait l'ensemble des capitaux de l'Association à 2,897,296 fr.

M. Lereboullet, désigné cette année en remplacement du Dr Riant pour rédiger les actes de l'Association, lit à son tour l'éloge des défunts. Il y ajoute celui des Drs Toussaint, de Mézières, Legard-Latosse, président de la Société de Cherbourg, Félix Brevet, de l'Aisne, Bonnain, fondateur de la Société locale des Deux-Sèvres, Sénac, vice-président de la Société de l'Allier. Il complimente également les nouveaux présidents nommés par les Sociétés. Puis, il parle de l'action bienfaisante de l'Association, facilitée par les libéralités nombreuses qui lui sont faites. M. Lereboullet consacre d'intéressantes paroles à la loi sur l'exercice de la médecine et à la loi sur l'assistance médicale dans les campagnes. Il n'oublie pas non plus le service militaire des étudiants en médecine. Voici le passage en question de son remarquable discours :

Une autre question, Messieurs, a été soulevée par un vœu de la Société de la Vendée. Le Conseil général s'en est préoccupé avec d'autant plus d'intérêt que le vœu a été unanimement pris en considération par les Sociétés locales et que, de sa réalisation, dépend en grande partie l'avenir des études médicales. Permettez-moi donc de vous exposer très rapidement ce qui, dans ce sens, a été réalisé jusqu'à ce jour, et ce que nous croyons pouvoir espérer encore. Le vœu de la Société des Landes était rédigé dans les termes suivants :

« La Société des Landes demande à l'Association générale des « Médecins de France de vouloir bien, avec l'autorité que lui « donnent les huit milles médecins qu'elle représente, poursuivre « la réalisation des deux modifications ci-dessous à la loi mili- « taire du 15 juillet 1889 :

« 1° Les étudiants en médecine qui, conformément à la loi du « 13 juillet 1892, devanceront l'appel par voie d'engagement « volontaire, seront versés, dès leur incorporation, dans les di- « verses parties du service de santé, et y feront l'année de ser- « vice exigée par la loi ;

« 2° L'Association générale poursuivra, par tous moyens que « de droit, la réalisation de cette autre combinaison, qui consis- « terait à faire accorder aux étudiants en médecine en cours « d'études, et qui ne voudraient pas devancer l'appel, des sursis « successifs, de façon à ce qu'à l'expiration de leurs études ils « fissent leur année de service à titre d'aide-major de réserve dans « le service de santé. »

Pour mieux défendre ce vœu, M. le Dr Sentex faisait ressortir les nombreux inconvénients que présente, au point de vue des études médicales, l'obligation, pour les étudiants en médecine, d'interrompre leur scolarité et de perdre une année tout entière pour apprendre le maniement des armes.

Souvent reproduits par la presse médicale et même par la presse politique, ces arguments n'avaient pu encore frapper l'esprit de nos législateurs au point de les engager à se départir de la règle inflexible qu'ils s'étaient tracée le jour où, pour imposer également à tous les Français le devoir de servir comme soldats, ils avaient voté la loi militaire actuelle. Et, cependant, cette loi, votée le 9 juillet 1889 par la Chambre des députés, ne doit qu'à l'hostilité du général Deffis, rapporteur de la commission sénatoriale, les dispositions contre lesquelles tous ceux qui s'intéressent à l'avenir des études médicales ont toujours énergiquement protesté. Le projet primitif, déposé le 25 mai 1886 par le ministre de la guerre, admettait, en effet, les sursis d appel, et, à deux reprises différentes, la Chambre des députés avait refusé d'accepter les amendements que M. le général Deffis avait fait voter par le Sénat. Elle ne s'y était résignée que pour ne pas retarder indéfiniment le vote de la loi militaire, mais non sans affirmer explicitement l'espérance que cette loi serait améliorée par la prochaine législature. Or, les *perfectionnements* que prévoyait, en 1889, le rapporteur de la Chambre des députés, sont précisément ceux que réclament, avec nos confrères de la Vendée, tous les médecins qui, depuis cinq ans, luttent pour obtenir, après l'autorisation du devancement d appel accordé le 11 juillet 1892, les sursis nécessités par la durée et par l'importance des études médicales.

Votre Conseil général ne pouvait rester indifférent à un mouvement d'opinion aussi bien justifié, aussi a-t-il été heureux de s'associer aux démarches entreprises depuis quelques semaines en vue d'obtenir un nouvel amendement a la loi militaire. Un premier résultat nous est acquis et nous le devons à l'*Association de la presse médicale* qui, présidée par notre collègue M. Cornil, a, sur la demande de M. le Dr Cézilly, pris l'initiative d'une démarche a tenter près de M. le Ministre de la guerre. Une Commission dont faisaient partie deux membres du Conseil général de l'Association, a été reçue le 3 mars dernier par M. le général Loizillon qui lui a promis, non seulement d'examiner avec bienveillance, mais même de défendre au sein du Parlement le vœu qu'elle avait émis :

Ce vœu, légèrement modifié par notre collègue M. Cornil, vient de servir de texte a un projet de loi qui sera bientôt, nous l'espérons, adopté par le Parlement.

Déjà, grâce surtout, il importe de le proclamer hautement, au bon vouloir, à l'énergique insistance des officiers du corps de santé militaire, qui défendent avec nous la bonne cause, nous pouvons compter sur l'appui des deux grandes Commissions de l'armée, au Sénat aussi bien qu'à la Chambre. Dans quelques semaines peut-être, nous aurons obtenu ce que nous réclamons. Que nous resterait-il à faire cependant si, contrairement à nos espérances, la Chambre, absorbée par d'autres préoccupations, négligeait de voter un amendement à la loi militaire ? La réponse à cette question intéresse au plus haut degré nos Sociétés locales.

Il faudrait alors, en effet, que le mouvement d'opinion créé par la Presse se propageât partout dans les villes et dans les campagnes, que nos doléances soient entendues de tous ceux qui vont solliciter aux prochaines élections le mandat de député ou de séna-

teur. A vous, Messieurs les délégués, de les éclairer sur l'intérêt national que présente, au double point de vue de l'avenir des études médicales et de l'organisation mieux comprise des cadres de la médecine militaire, le vœu exprimé par la Société des Landes. En unissant nos efforts à ceux des Associations qui poursuivent le même but, nous arriverons, il faut l'espérer, à faire prévaloir, même au sein du Parlement, les idées qui nous sont chères.

M. Lereboullet termine en demandant l'union entre toutes les associations médicales qui n'ont été créés que pour défendre les intérêts moraux et matériels des médecins. Il demande que, d'un bout de la France à l'autre, la solidarité la plus complète ne cesse de régner.

Séance du lundi 10 avril.

A la deuxième séance tenue le lundi à deux heures à l'Assistance publique, M. Worms, membre du Conseil général, lit un rapport sur les pensions viagères à accorder en 1893. Il demande de porter de 80 à 93 le nombre des pensions, représentant un capital de 1,170,000 francs.

M. Bucquoy lit un rapport sur les résultats des votes émis par les Sociétés locales au sujet de l'indemnité-maladie. Ces Sociétés avaient été invitées, l'an dernier, à donner leur avis sur les propositions suivantes :

« 1° Soumettre le projet exposé dans le rapport de M. Bucquoy à l'examen des Sociétés locales et leur demander, par *oui* ou par *non*, leur opinion sur ce projet ;

« 2° Leur proposer, si elles sont favorables à ce projet, de porter de 12 à 20 francs le chiffre de la cotisation. »

59 Sociétés ont répondu, sur 91 faisant partie de l'Association : 34 ont répondu *non*, 23 *oui*, 2 se sont réservés. Donc la question *indemnité-maladie* se trouve aujourd'hui condamnée. M. Bucquoy se demande si, de cette défaite, quelques-uns pourront gémir. Il ne le croit pas, convaincu qu'avec l'esprit de solidarité et de confraternité qui anime les médecins, aucun de leurs confrères malheureux ne restera sans obtenir, sinon de droit, au moins de fait, les secours dont il aura besoin.

M. Lande (de Bordeaux) dit que la question *indemnité-maladie* a été mal posée. La Société de la Gironde a voté *non*, parce qu'elle ne veut pas que la cotisation des membres de l'Association soit augmentée, mais qu'il soit créé une caisse donnant droit à l'indemnité-maladie.

M. Janicot (Nièvre) est du même avis que M. Lande, quoique la Société de la Nièvre ait voté *oui* sur les deux questions. Il voudrait, au lieu du vote collectif, le vote écrit et individuel.

M. Delvaille (Basses-Pyrénées) est pour le *statu quo* actuel. L'indemnité-droit de M. Lande présente trop de difficultés.

M. Bollard (Nord). — La Société du Nord a fait voter individuellement comme le propose M. Janicot. Sur 340 adhérents, 170 ont répondu.

M. Lietard (Vosges). — Le vote individuel a été pratiqué dans les Vosges. La moitié des membres s'est abstenue.

Le Délégué de la Haute-Vienne est d'avis de créer, au sein de chaque Société, une section spéciale pour l'indemnité-maladie.

M. Lande cite la Société créée par le regretté Dr Lagoguey et qui fonctionne si bien. L'Association des médecins de France doit créer une des puissantes associations mutuelles de France.

M. Hugonot (Loir-et-Cher). — La Société du Loir-et-Cher a repoussé les propositions. Il existe dans ce département une solidarité très grande. L'Association du Loir-et-Cher a versé toutes ses réserves à la Caisse des retraites, cela est suffisant.

M. Bucquoy. — L'Association pourrait rester en dehors de la création de caisses indemnité-maladie, mais cela ne pourrait empêcher les Sociétés locales qui ont opté pour, d'en créer.

M. Lereboullet demande que cette caisse en dehors de l'Association soit une Société civile d'assurance mutuelle entre médecins à laquelle l'Association accorderait son patronage moral.

M. Boutequoy (Châtillon-sur-Seine) appuie l'avis de M. Lereboullet.

M. Lande pense également comme M. Lereboullet que la caisse indemnité-maladie soit créée avec une cotisation spéciale devant être versée par tous ceux qui voudront participer à cette institution.

M. Lannelongue résume éloquemment la question et demande que l'étude en soit confiée au Conseil général. Cette proposition, mise aux voix, est adoptée. A. Rousselet.

Le fameux Bureau central parisien.

C'est une heureuse idée qu'a eue un externe du Bureau central, notre ami M. Hulmann, de consacrer dans le *Temps* (1) une curieuse étude de mœurs au service auquel il est attaché. Ce coin de Paris, assez peu connu du grand public, a en effet conservé, en dépit de toutes les transformations sociales, ce caractère bien spécial de cour des miracles qu'il a dû présenter de tout temps. Passant rapidement sur l'historique du « Paris », sur les réformes qui s'imposent, dont on parle beaucoup et qu'on n'exécute pas, l'auteur divise en trois classes la population toujours considérable du Bureau central : les simples malheureux (50 0/0 environ), les infirmes, chroniques, tuberculeux, candidats aux hospices, aux sanatoria, etc., (40 0/0), enfin les vrais malades qui relèvent seuls de l'hôpital et sont en nombre infime (10 0/0). La première catégorie, qui n'a rien à faire avec la médecine, est aussi la plus intéressante pour la moralité et le sociologue. C'est en effet au Bureau central qu'il faut fixer la silhouette du « pilon » d'hôpital, dresser la liste des ressources simplement piquantes ou réellement défectueuses qu'il tire de l'Assistance publique, depuis le trafic du bon d'admission jusqu'au lit plus utilement occupé par un autre, en passant par le fiacre de transport, autre matière à commerce. A noter enfin les innombrables trucs qu'il emploie comme autant de pièges tendus à la sagacité du médecin ! L'ensemble de ces observations est loin d'être sans moralité, sans conclusion utile. L'intérêt pratique en est au contraire d'autant plus vif que, d'une part, tout ce qui est réforme sociale est d'actualité, et que d'autre part, l'organisation de sanatoria, la modification ou la suppression du Bureau central sont des questions à l'ordre du jour. A ce propos nous n'avons pas besoin de rappeler ce que nous disions dans un de nos récents numéros, au sujet de la décision récente du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Nous sommes, quant à nous, n'en déplaise à notre bon camarade Mauger, pour la disparition totale de ce fameux Bureau central. M. B.

(1) Nos du 5 et 6 avril.

Association de la Presse médicale.

Réunion du 7 avril 1893.

Le second dîner statutaire, pour l'année 1893, de l'*Association de la Presse médicale*, a eu lieu le 7 avril 1893, au restaurant Marguery. 14 membres ont assisté à cette séance, que présidait M. le Dr de Ranse, syndic ; le président, M. Cornil, est venu à la réunion qui a suivi le dîner. MM. Gilles de la Tourette et Chevallereau ont fait leurs rapports sur les candidatures de MM. Berillon et Henri Fournier. A l'unanimité, M. Bérillon, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, et M. Henri Fournier, directeur du *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, ont été admis comme membres de l'Association de la Presse médicale. Sur la demande de M. Gilles de la Tourette, secrétaire général du Comité pour l'érection d'un monument à Théophraste Renaudot, une Commission a été nommée pour représenter l'Association de la Presse médicale à l'inauguration très prochaine de la statue qui sera élevée au fondateur du Journalisme, sur la place du Marché-aux-Fleurs, à Paris. Cette Commission se compose de MM. Cadet de Gassicourt, Cézilly et de Ranse. M. Cadet de Gassicourt prendra la parole au nom de la Commission. Une commission a été nommée, en outre, dans le but de présenter au rapporteur de la loi sur les patentes, à la Chambre des Députés, les objections émises par l'unanimité des membres présents de l'Association, contre l'aggravation proposée pour la patente des médecins. Cette commission se compose de MM. Chevallereau, de Ranse, Cézilly, Lereboullet et Marcel Baudouin, secrétaire. Deux candidatures, ayant trait à des journaux de pharmacie, n'ont pas été admises en raison de l'article V des Statuts. Puis le Secrétaire a communiqué à l'Assemblée les renseignements qui lui ont été adressés par le Comité central italien, relativement au Congrès international de Médecine de Rome, et a résumé les demandes faites récemment auprès du Président de la Commission de l'armée à la Chambre des Députés par la commission nommée pour l'étude du service militaire des Etudiants en médecine. *Le secrétaire*, M. B.

Banquet de l'internat des hôpitaux de Paris.

Samedi dernier, à 7 h. 1/2, a eu lieu chez Marguery le dîner annuel de l'Internat des hôpitaux de Paris. Plus d'une centaine d'anciens internes et d'internes en exercice assistaient à ce banquet qui a été aussi gai, accompagné d'autant de bans vigoureux que les années précédentes ; et les orateurs ont eu, comme toujours, au milieu du vacarme classique, la plus grande difficulté à se faire entendre.

M. le Pr Bouchard, vice-président, a pris la parole au lieu et place de M. Brouardel, en mission à l'étranger. Il a rappelé les noms des internes qui ont disparu cette année, mentionné les récompenses accordées à la suite de l'épidémie cholérique et a insisté sur les démarches récemment faites par l'*Associa-*

tion de la Presse médicale, relativement au service militaire des étudiants en médecine, et enfin sur l'intérêt qu'il y avait à ne pas limiter le nombre des internes. Le premier interne nommé au concours cette année a parlé ensuite. M. Cadet de Gassicourt a bu à la santé des médecins de province et aux étrangers; et MM. A. Reverdin (de Genève) et Spillmann (de Nancy) ont remercié, au nom de leurs collègues. M. Spillmann a été élu vice-président pour l'année prochaine, M. le Pr Bouchard passant de droit président. Parmi les personnes assistant à ce banquet, nous citerons un grand nombre de jeunes chirurgiens de province : MM. Boiffin, Moulonguet, Bellanger, Calot, Delagénière (H.), Largeau, Montprofit, Villar, Vigneron, Lediberder (de Lorient), etc., quelques médecins de province : MM. Vilpelle (de Mantes), Gibotteau (de Biarritz), etc. Parmi les notabilités parisiennes, nous avons reconnu MM. Magnan, Sevestre, Gouguenheim, Thibierge, etc.

A ce propos, mentionnons une proposition intéressante qui devait être faite à l'Assemblée générale des internes et qui émanait d'un de nos plus distingués collègues. Puisque chaque année l'Ecole polytechnique, l'Ecole centrale, l'Association des Etudiants, etc., donnent un bal, qui est très apprécié, pourquoi les internes des hôpitaux n'organiseraient-ils pas, sinon un bal (car nous n'aimons pas à danser... sérieusement), du moins une soirée où les dames pourraient être admises. Les internes... sérieux se plaignent d'être obligés de laisser au logis leurs jeunes compagnes... Quant à moi, célibataire, je ne trouverais que des... avantages à une réunion de ce genre !

Un ban, s'il vous plaît, pour la future soirée, ou même le prochain bal des internes des hôpitaux. M. B.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 17. — Dissection : MM. Tillaux, Ricard, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Fournier, Reynier, Retterer. — (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Dejerine, Gaucher. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*): MM. Marchand, Lejars, Varnier. — 4e *de Doctorat* : MM. Straus, Letulle, Marie.

MARDI 18. — Dissection : MM. Remy, Schwartz, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Ch. Richet, Le Dentu, Charrin. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tarnier, Brun, Albarran. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Pouchet, Marfan. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Le Fort, Duplay, Nélaton. (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (2e *série*) . MM. Guyon, Panas, Quénu. — (2e *partie*). MM. Dieulafoy, Joffroy, Ménétrier.

MERCREDI 19. — Dissection : MM. Marchand, Poirier, Delbet. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Weiss, André. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM Ch. Richet, Jalaguier, Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Fournier, Netter.

JEUDI 20. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Nélaton, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Le Fort, Remy, Roger. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Ménétrier, Marfan.

VENDREDI 21. — Dissection : MM. Reynier, Retterer, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Straus, Chauffard, Marie. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Tillaux, Ricard, Lejars. — (2e *série*) : MM. Marchand, Jalaguier, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Potain, Brissaud, Letulle. — (1re *partie*). Clinique Baudelocque . MM. Pinard, Delbet, Varnier.

SAMEDI 22. — Dissection : MM. Le Dentu, Rémy, Quénu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Laboulbène, Schwartz, Poirier. — (2e *partie*) . MM. Ballet, Gley, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Brun, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Bouchard, Gilbert, Chantemesse. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 19. — M. Ettlinger. Etude sur le passage des microbes pathogènes dans le sang. — M. Lemelletier. De l'épithelioma primitif de la conjonctive bulbaire et en particulier du lombe sclero-cornéen.

JEUDI 20. — M. Vergez-Honta. Des effets hypnotiques et sédatifs de l'hyoscine. — M. Boutin. Traitement du choléra au nouvel hôpital du Havre (Epidémie 1892). — M. Lambert. Influence des divers troubles de sensibilité et des idées hypocondriaques sur la genèse et l'évolution du délire des persécutions. — Lucron. Contribution à l'étude clinique du cancer primitif du pancréas. (Formes cliniques). — M. Galmard. Contribution à l'étude du traitement du tétanos particulièrement par la méthode de Tizzoni.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 2 avril 1893 au samedi 8 avril 1893, les naissances ont été au nombre de 1156 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 456; illégitimes, 156, Total, 612. — *Sexe féminin* : légitimes, 415 ; illégitimes, 129, Total, 544.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,225,910 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 2 avril 1893 au samedi 8 avril 1893, les décès ont été au nombre de 1436 savoir : 723 hommes et 713 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 7, T. 8. — Typhus : M. 7, F. 0, T. 7. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 6, T. 12. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 7, F. 9, T. 16. — Diphtérie, Croup : M. 18, F. 16, T. 34. — Grippe : M. 9, F. 11, T. 20. — Phtisie pulmonaire : M. 141, F. 92, T. 233. — Méningites tuberculoses : M. 9, F. 9, T. 18. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 8, T. 16. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 31, T. 52. — Méningite simple : M. 22, F. 22, T. 44. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 28, T. 51. — Paralysie, M. 6, F. 7, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 5, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 36, F. 35, T. 72. — Bronchite aiguë : M. 28, F. 29, T. 56. — Bronchite chronique, M. 28, F. 40, T. 42. — Broncho-Pneumonie : M. 51, F. 54, T. 108. — Pneumonie : M. 65, F. 72, T. 137. — Autres affections de l'appareil respiratoire ; M. 48, F. 44, T. 92. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 17, T. 33. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 7, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 20, F. 18, T. 38. — Sénilité : M. 14, F. 35, T. 49. — Suicides : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres morts violentes : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres causes de mort : M. 87, F. 60, T. 147. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 2, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 16. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 10. Total : 36.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Ecole pratique. Manœuvres obstétricales.* — M. Maygrier, agrégé, fera sa première démonstration au Grand Amphithéâtre de la Faculté, le jeudi 27 avril 1893, à 5 heures de l'après-midi. Les exercices opératoires d'obstétrique auront lieu tous les jours, à 3 heures (Pavillon no VI) à partir du lundi 1er mai. Les inscriptions pour les Manœuvres obstétricales seront reçues au Secrétariat (Guichet no 2), de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au vendredi 21 avril inclusivement. Seront seuls admis : 1° Les élèves pourvus de 16 inscriptions ; 2° Les élèves de 4e année possesseurs de 14 inscriptions. *Ils recevront une lettre de convocation spéciale.*

Exercices opératoires, sous la direction de M. Poirier, Chef des Travaux anatomiques. — Premier cours. M. le Docteur Regnauld, Prosecteur, avec le concours de 6 aides d'Anatomie, fera sa première démonstration le jeudi 16 mars 1893, à 1 heure précise, Pavillon no 3. — Deuxième cours. M. le Docteur Jonnesco, Prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le mardi 11 avril 1893, à 1 heure précise, Pavillon no 7.

Concours pour l'Adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 15 mai 1893, à midi et demi, à la Faculté de Médecine de Paris. Tous les Elèves-Docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au Secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 6 mai 1893 inclusivement. Les Aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1893 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1896.

L'ÉPIDÉMIE DE THYPHUS A PARIS. — Le préfet de police a réuni dans ses bureaux, avec les principaux fonctionnaires de son administration, les membres du bureau permanent des épidémies, l'inspecteur général de l'assainissement des habitations de la ville de Paris, les directeurs et les médecins des prisons de Paris et de la maison départementale de Nanterre. Le préfet s'est entretenu avec eux de la situation sanitaire dans les établissements pénitentiaires de la Seine. Des renseignements recueillis, il résulte que les cas de maladies typhiques observés dans les prisons ne se sont pas développés, depuis les mesures d'évacuation et de désinfection réalisées au Dépôt. Les prisons atteintes ont été le Dépôt, la maison de Nanterre et la Santé. Il a été démontré que tous les malades provenaient du Dépôt. Les précautions d'isolement ont été prises et la désinfection se poursuit partout. Le ministre de l'intérieur a prescrit une amélioration du régime alimentaire, dont la commi-

ssion a fixé les conditions. Les prisonniers devront être soumis en outre à diverses mesures prophylactiques. Tous les rapports communiqués concordent à indiquer qu'aucun cas n'a été constaté en ville. Les commissaires de police viennent de recevoir l'ordre du préfet de police d'envoyer directement à Sainte-Anne les aliénés qui, mis en état d'arrestation, étaient auparavant envoyés tout d'abord à l'infirmerie du Dépôt. Cette mesure est motivée par le mauvais état sanitaire du Dépôt.

Le typhus à Paris. — L'épidémie de typhus signalée dans les prisons de la Santé, du Dépôt et de la maison de Nanterre, continue à sévir. Jusqu'à présent, 56 cas se sont produits; sur ce chiffre, 22 personnes sont décédées. Il reste donc à l'heure actuelle 34 personnes atteintes. Ces malades sont soignés dans des conditions absolues d'isolement. Des mesures sont prises pour éviter toute propagation de cette épidémie typhique. Les entrées dans les prisons de la Seine sont suspendues, et les sorties sont entourées de précautions. Les condamnés, à la veille d'être libérés, sont mis en observation, afin de vérifier leur état sanitaire.

LES ÉPIDÉMIES. — *L'influenza à Tours.* — Une épidémie d'influenza a éclaté il y a près d'un mois. Jusqu'à ce jour, elle s'était montrée bénigne, mais voici que les complications (fluxions de poitrine et pneumonies) commencent à apparaître. Il y a à Tours près de cinquante médecins : tous sont surmenés, tellement le nombre des malades est considérable. On compte peu de maisons où la terrible maladie n'ait pénétré Presque tous ceux qui ont été influenzés en 1889-90 subissent des rechutes.

L'influenza à Paris. — L'influenza s'est déclarée parmi les employés de la recette principale des postes. Un quart de l'effectif est atteint. Hier encore, 120 employés se sont présentés à la visite médicale et ont été exemptés du service. Cette épidémie, dont le caractère est, quant à présent, assez bénin, cause néanmoins une profonde désorganisation dans les services de la recette principale des postes.

Le choléra en Bretagne. — On dispose de nouveau le lazaret de l'île Trébéron, situé en rade de Brest, pour recevoir les détachements de marins qui doivent arriver de Lorient, où règne une assez sérieuse épidémie de diarrhée cholériforme (plusieurs morts).

Le choléra à Lorient. — Les premiers cas de choléra du mois de septembre dernier de Lorient sont attribués à l'importation du Havre. A la première épidémie, qui s'est terminée au mois de janvier, il y avait, sur 700 cas, 200 décès environ, et les personnes atteintes se trouvaient être des indigents ou des individus débiles ou alcooliques. A la deuxième épidémie dont les premiers cas se manifestèrent au commencement de mars, on a constaté dans l'arrondissement, sur 500 cas, environ 150 décès. La contamination venait sans doute par mer des ports de pêche, qui étaient seuls atteints Voici la situation du jour : Des cas nouveaux se sont produits : à Lorient, 1 ; à Plouhinec, 3 ; à Gavres, 1 ; à Auray, 2 ; à Plougoumelen, 1 ; à Riantec, 1. Des décès sont survenus : à Plouhinec, 2 ; Gavres, 1 ; Auray, 1 ; Belz, 1.

La fièvre typhoïde à Amiens. — La fièvre typhoïde sévit actuellement à Amiens, où elle a fait déjà nombre de victimes. Le point de départ de l'épidémie vient de l'asile de nuit de l'abbé Clabaut. M. Clabaut a été lui-même victime de l'épidémie. La ville fit désinfecter les locaux, d'une saleté repoussante, véritable foyer d'infection ; malheureusement la fièvre typhoïde avait eu le temps de se propager en ville Aujourd'hui on a constaté soixante-deux cas à l'Hotel-Dieu. L'administration municipale a pris des mesures énergiques pour enrayer l'épidémie.

La Fièvre jaune. — Plusieurs cas de fièvre jaune ont été constatés à bord des paquebots pendant la traversée entre le sud et le centre du Brésil et Lisbonne. Les quarantaines au lazaret de Lisbonne sont, maintenant, pour les provenances du Brésil.

Les épidémies dans l'armée. — L'épidémie de diphtérie qui a sévi sur le 2e hussards, à Melun, a décidé le ministre à prendre dès maintenant une mesure prévue pour l'automne en envoyant ce régiment au camp de Chalons. (Ajoutons, à propos de cette épidémie, qu'elle règne depuis longtemps dans cette ville.) S'il est facile de déplacer un régiment de cavalerie, qui n'a qu'un matériel facile à porter avec lui, il n'en est pas de même de l'artillerie, dont les magasins et les arsenaux se prêtent mal à la vie errante. C'est pourquoi Valence conserve le 6e régiment d'artillerie, où une épidémie de pelade sévit. Cette maladie a frappé vingt hommes dans une batterie. Afin d'enrayer la contagion, tous les malades sont envoyés dans des baraquements ou des tentes au polygone.

NÉCROLOGIE. — Nous avons appris à la fois cette semaine et le décès et les funérailles de M. le Dr GALLET LAGOGUEY, médecin à Paris dont le nom restera dans l'histoire de notre profession. C'est lui en effet qui, grace à une conviction admirable et à une énergie que la maladie, hélas ! a fini par dompter, a pu fonder pour la Seine ce que certains réclament en vain depuis des années pour tous les médecins du territoire français ; nous voulons parler de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine. Il meurt à la tache, cet homme aux vues larges et à l'esprit pratique. Puisse son œuvre, nous le souhaitons du moins, lui survivre longtemps et se perfectionner sans cesse. (M. B.) — M. le Dr ANDRÉ, de Marseille. — M. le Dr Gustave BARRÉ, de Paris. — M. le Dr BODIER, de Chambornay-lez-Belvaux. — M. le Dr GASTAIGNA, de Bordeaux. — M. le Dr H DUMEIGE, de Foix. — M. le Dr FARCY, d'Abbeville. — M. le Dr GOURRET, de Paris. — M. le Dr DANET, médecin de la famille Bonaparte, est mort après une courte maladie. M. Danet était médecin du palais du Luxembourg en 1871 ; grâce à son courage et à sa présence d'esprit, il avait pu sauver le palais de l'incendie et du pillage. Il avait été promu officier de la Légion d'honneur en récompense de sa conduite en cette circonstance. — M. le Dr MARROTTE, ancien médecin des hôpitaux, membre titulaire de l'Académie depuis 1868 pour la section de thérapeutique. M. le Dr Marrotte était âgé de 84 ans ; il laisse des travaux estimés sur plusieurs questions de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, sur l'apiol, sur le sulfate de quinine dans les névralgies, etc , etc. — Le médecin en chef de l'Hôtel des Invalides, M. Charles-Désiré GRANDJEAN, a succombé lundi soir, dans sa quarante-septième année. Ancien aide-major de l'armée de la Loire au moment de la guerre de 1870, M. Grandjean avait passé presque toute sa carrière en Algérie, où il avait été attaché, notamment à l'hôpital militaire du Fort-National. Il avait été successivement ensuite à l'île de Ré, à Versailles, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Besançon, puis promu, il y a un an à peine, médecin en chef des Invalides, poste dans lequel il restait en activité de service. Il était chevalier de la Légion d'honneur. — M. le Dr DODART, médecin de 2e classe de la marine décédé au Tonkin le 1er avril 1893.

On demande un étudiant ayant passé tous ses examens de doctorat, ou un interne des hôpitaux ou des asiles pour faire une suppléance dans une maison d'hydrothérapie à Paris. Situation d'avenir. — S'adresser au bureau du journal.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS — IMP V GOUPY, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 16. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 22 AVRIL 1893.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Paraplégie urinaire incomplète des membres inférieurs, accompagnée de pseudo-ataxie locomotrice et de paralysie du sphincter de la vessie, consécutives à un phimosis et complètement guéries après l'opération *fin* (1) ;

par le Dr Solon CHOMATIANOS (d'Athènes).

Il existe encore deux autres catégories de paralysies vésicales : les *paralysies essentielles* ou *primitives*, sans lésion organique apparente, et les *paralysies fonctionnelles* ou *par réflexe*.

Les premières ont été signalées chez les vieillards par les plus anciens auteurs, en particulier par Rayer et Debault ; elles furent admises plus tard par Civiale, qui affirmait qu'on ne pouvait expliquer autrement ces rétentions subites d'urine observées parfois chez des sujets sains qui ont longtemps résisté au besoin d'uriner. Les travaux plus récents de Guyon, Jean, Voillemier, Le Dentu, Desnos, etc., contestent l'existence des paralysies vésicales essentielles, qui, du reste, avaient été déjà battues en brèche par Mercier et considérées par Nélaton comme exceptionnelles. Dans ce but, les auteurs susmentionnés soutiennent que toutes les fois que l'atonie ou paralysie de la vessie, est en rapport avec la résistance opposée par un obstacle quelconque au libre écoulement des urines, elle est toujours *secondaire*, puisqu'elle démontre l'infériorité de la vessie dans une lutte qu'elle soutient en vain. Mais, comme chez notre sujet il y avait un obstacle manifeste à la libre expansion de l'urine, c'est-à-dire le phimosis, nous ne pouvons considérer sa paralysie cystique comme *essentielle*.

Reste la dernière catégorie des paralysies appelées FONCTIONNELLES, survenant par action réflexe, soit à la suite d'une cause psychique (paralysies psychiques), telle que frayeur, vive émotion, accès de rire, rêve, etc., soit à la suite d'une irritation locale exercée sur le trajet des organes urinaires. Parmi ces paralysies fonctionnelles nous rangerons aussi la paralysie du sphincter observée chez le malade, et que nous considérons comme déterminée non point par une lésion organique quelconque, mais par un trouble fonctionnel provoqué par action réflexe, par suite de l'irritation exercée sur l'appareil urinaire par l'obstacle mis par le phimosis au libre écoulement des urines ; car, cet obstacle une fois levé par l'opération, et aussitôt que cessa l'irritation qui en était la suite, la paralysie de la vessie disparut entièrement ; si elle avait tenu à une lésion organique quelconque, soit des parois de la vessie, soit d'autres organes plus éloignés, elle aurait subsisté même après l'opération.

B. *Paraplégie des membres inférieurs.* — Nous allons maintenant traiter la deuxième catégorie des phénomènes qu'a présentés notre observation, à savoir : la paraplégie des membres inférieurs, et nous en donnerons l'explication, en suivant la méthode employée dans l'étude de la paralysie de la vessie, c'est-à-dire la méthode par élimination.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 15.

En recherchant les causes des diverses paralysies ou paraplégies en général, nous trouvons qu'elles se partagent en deux groupes : les paralysies de cause anatomique appréciable et les paralysies dites fonctionnelles, dans lesquelles il n'y a pas moyen de découvrir des raisons anatomiques qui en rendent compte. Et comme causes anatomiques des paralysies on peut considérer toutes les maladies quelconques du système nerveux, pourvu qu'elles soient situées à un endroit où elles altèrent ou détruisent la voie que suivent les impulsions motrices. Les inflammations, les dégénérescences, les néoplasmes, les hémorrhagies et les graves désordres de la circulation avec leurs conséquences (surtout les ramollissements embolique et thrombosique) se rencontrent soit dans le cerveau, soit dans la moelle et dans les nerfs périphériques et en certaines conditions donnent naissance à des paralysies. En outre, les lésions mécaniques du système nerveux jouent un grand rôle dans la pathogénie des paralysies, surtout les traumatismes et les compressions du cerveau, de la moelle et des nerfs périphériques, par des tumeurs, des néoplasies et d'autres maladies de voisinage.

Dans le cas que nous avons examiné, il n'y a pas lieu de prendre en considération cette catégorie de paralysies, car, comme nous l'avons vu précédemment, notre sujet n'avait pas été atteint antérieurement d'une semblable affection. D'autre part nous savons que certaines substances toxiques, par leur action continue sur l'organisme, produisent des paralysies. Parmi ces paralysies toxiques, la paralysie saturnine est, sous le rapport clinique, la première en importance ; cependant d'autres substances toxiques (le cuivre, l'arsenic et quelques alcaloïdes végétaux) sont aussi susceptibles de provoquer des paralysies. Mais les antécédents de notre malade écartent tout soupçon d'intoxication.

Un grand nombre de paralysies peuvent encore être comprises sous la désignation de « paralysies consécutives à des maladies aiguës. » Ces paralysies s'observent le plus souvent à la suite d'une diphtérie (paralysies diphtériques) ; puis accompagnent le typhus, la variole, la dysenterie, les exanthèmes aigus, etc. Des infections chroniques (surtout la syphilis et la tuberculose) peuvent aussi quelquefois se localiser dans le système nerveux et donner lieu aux phénomènes paralytiques. Mais il n'est pas non plus question de cette catégorie de paralysies dans l'affection de notre sujet, dont les antécédents éliminent tout soupçon à cet égard.

On désigne, sous le nom de paralysies *a frigore* ou rhumatismales, ce genre de paralysies qui naissent à la suite de l'action manifeste du froid et sont d'habitude périphériques ; et, puisque les désordres des fonctions qui atteignent les nerfs dans ces circonstances tiennent probablement à de légères altérations inflammatoires produites dans la substance nerveuse par l'action du froid, nous considérons aussi ces paralysies comme de nature parfaitement organique et non pas tout uniment fonctionnelles. Nous n'avons pas non plus à nous occuper des paralysies rhumatismales qui n'existèrent jamais chez notre malade.

En plus des paralysies de cause anatomique que

nous avons relatées, il y a en outre tout un groupe assez vaste de paralysies désignées sous le nom de paralysies *fonctionnelles*. A cette classe appartiennent les paralysies hystériques, les paralysies d'origine psychique (frayeur, imagination), et celles produites par suggestion hypnotique. Nous devons aussi éliminer ce genre de paralysies, car nous n'avons eu à constater, dans l'observation que nous rapportons, ni hystérie, ni trouble psychique, ni suggestion hypnotique.

Pour conclure, il nous reste à mentionner une catégorie de paralysies dont l'étiologie n'a pas été complètement élucidée ; mais il est certain aujourd'hui qu'elles se montrent dans le cours de certaines maladies d'organes internes (surtout de l'intestin, des organes urinaires et génitaux) et que nous désignons dans le cas en question sous le nom de *paraplégies urinaires*.

Si nous nous reportons à l'origine historique de ces paralysies, nous voyons que les phénomènes paralytiques, survenant sur des sujets atteints d'affections des organes urinaires, n'ont, pour la première fois, fixé sérieusement l'attention des cliniciens qu'à une époque très rapprochée de nous. Avant la publication de l'excellent ouvrage de Leroy d'Etiolles (1), en 1856, on avait à peine signalé des phénomènes de cette nature. Quelques observations éparses, peu connues et très discutées, étaient les seuls éléments qui concernaient ce sujet important, si bien que Rayer (2) écrivait avec raison que « le développement des paralysies consécutives aux affections des organes urinaires sont encore aujourd'hui un fait inconnu par le plus grand nombre des médecins. »

Pour qu'une certitude pût se former dans l'esprit des médecins, il a fallu la mise au jour des nombreuses observations de Raoul Leroy d'Étiolles et la mise en évidence du fait de ces observations par d'autres ultérieures, et en particulier par celles de Edward Stanley, Sanson, Henry Hunt, Rayer, J. Cruveillier, Gerdy, Lallemand, Rombert, Nélaton et Voillemier-Le Dentu.

En comparant les observations précédentes et principalement celles de Rombert (3), Dieu (4) et Voillemier-Le Dentu (5), avec celle que nous avons relatée, nous remarquons que, de même que dans les premières, il s'agissait d'un rétrécissement uréthral présentant un obstacle à la libre expansion des urines, et d'une incontinence d'urine accompagnée de phénomènes paraplégiques des membres inférieurs avec conservation de la sensibilité et des mouvements réflexes ; de même dans la nôtre il était question d'un phimosis très étroit présentant le même obstacle et donnant lieu aux mêmes phénomènes paraplégiques, également avec conservation de la sensibilité, mais avec abolition du réflexe rotulien. Enfin, de même que dans celles-là, les phénomènes paralytiques avaient complètement disparu après la guérison du rétrécissement uréthral sans autre traitement, de même, dans notre observation, ces phénomènes cessèrent entièrement d'apparaître après l'opération du phimosis, et sans nécessité de recourir à un nouveau traitement.

Cette étroite analogie, existant entre les observations relatées précédemment et la nôtre ne laisse aucun doute sur ce point, à savoir que le malade souffrait d'une paraplégie urinaire incomplète, que peut seulement expliquer l'influence mystérieuse du phimosis.

(1) Raoul Leroy d'Etiolles — Des paralysies des membres inférieurs ou paraplégie. Paris, 1856.
(2) Rayer. — Maladie des reins. T. III, p. 168.
(3) Raoul Leroy d'Etiolles, *l. c.*, p. 53.
(4) Bullet. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, t. VII, p. 5.
(5) Voillemier et Le Dentu. — Traité des maladies des voies urinaires. p. 766.

D'après nous, cette dernière observation démontre pleinement l'existence réelle des paraplégies urinaires et prouve, de même, que le phimosis peut aussi être la cause pathogénique de ces paraplégies, qui ne peuvent être guéries que par le fait seul du traitement de l'affection primitive. En conséquence, nous avons absolument repoussé l'usage des pointes de feu le long de la colonne vertébrale, qu'un confrère distingué avait conseillées au patient. Les paraplégies urinaires, une fois admises, il nous reste à les expliquer physiologiquement, en nous basant sur les travaux de M. Brown-Séquard, Charcot, Jaccoud, Vulpian, Leyden, Voillemier-Le Dentu, etc., etc.

D'après ces auteurs, il y a trois hypothèses ou théories principales susceptibles d'expliquer les paraplégies urinaires. Ce sont celles des paralysies : 1° par action réflexe ou sympathique, 2° par épuisement nerveux, ou 3° par névrite ascendante ; cette dernière détermine dans la moelle une myélite dont dépendent les phénomènes paraplégiques.

Parmi ces trois théories, nous admettrons la première, comme la plus probable dans l'observation qui concerne notre sujet.

En outre, il y a trois formes cliniques de paraplégies urinaires admises par notre savant professeur et maître Charcot (1), à savoir : les myélites consécutives aux affections des organes urinaires, les paraplégies incomplètes et les paraplégies fausses.

Nous rangeons notre observation parmi les paraplégies incomplètes, car nous n'avons pas eu à traiter une paraplégie urinaire des membres inférieurs complète.

C). *Phénomènes ataxiques.* — Après ce que nous avons exposé plus haut, au sujet de la paralysie vésicale et des phénomènes paraplégiques des membres inférieurs, que nous avons attribués non point à une lésion organique centrale ou périphérique, mais à un trouble fonctionnel de la moelle épinière, nous sommes porté à caractériser également ces phénomènes ataxiques qui disparurent complètement après l'opération du phimosis et dont le plus frappant était le réflexe rotulien ; et comme il a été démontré que ces phénomènes ne tenaient pas à une lésion organique des cordons postérieurs, mais uniquement à un trouble fonctionnel de la moelle, qu'on les remarque également dans l'intoxication par le tabac, dans l'alcoolisme, etc., qu'ils étaient par conséquent déterminés par action réflexe, nous les considérons comme *pseudo-ataxiques*.

On sait que les phénomènes réflexes du corps humain sont produits par l'arc, appelé *réflecteur*, dont le centre siège dans la moelle, dans le voisinage des cornes antérieures et des racines postérieures, et dont les extrémités se composent, d'une part, des fibres sensitives de la peau et des tendons, et, d'autre part, des fibres motrices des muscles. De la sorte, toute irritation de la peau ou des tendons est transmise par les fibres sensitives jusqu'aux nerfs moteurs siégeant dans les cornes antérieures et les excite à une contraction musculaire. On sait de même que si l'arc réflecteur reste intact, les phénomènes réflexes s'exécutent physiologiquement ; mais s'il se trouve quelque part intercepté soit par une lésion des nerfs périphériques ou une paralysie des muscles, soit par une anesthésie de la peau ou une

(1) Charcot. — Maladies du système nerveux, t. II, 2e édit., p. 303.

lésion des cornes antérieures et des cordons postérieurs, forcément ces phénomènes réflexes seront ou amoindris ou abolis. Mais il n'est pas toujours nécessaire que cette interruption de l'arc réflecteur tienne à une affection organique permanente : elle peut très fréquemment être due à un trouble fonctionnel passager de la moelle épinière, consistant soit en une ischémie locale de cette moelle (Brown-Séquard), soit en un épuisement partiel ou en une abolition de son excitabilité (Jaccoud), que nous avons rencontrée dans les paraplégies urinaires et la paralysie de la vessie, et dont le centre se trouve à peu près dans la même région de la moelle épinière que celui des phénomènes réflexes rotuliens.

Les phénomènes ataxiques précédents, ainsi expliqués, rendent notre observation très importante, eu égard à sa grande rareté, pour ne pas dire à l'absence complète de phénomènes semblables dus à l'influence d'affections des organes génito-urinaires.

Parmi ces phénomènes ataxiques nous considérons comme éminemment réflexe le signe d'Argyl-Robertson, que notre patient présentait avant l'opération et qui, regardé comme survenant uniquement dans l'ataxie locomotrice et la paralysie générale, peut également, comme il a été démontré, paraître dans d'autres affections par action réflexe. Le cercle des affections dans lesquelles on observe ce signe par action réflexe s'étant essentiellement élargi, on peut dire que la signification pathognomonique en diminue progressivement d'une façon excessive, car on a signalé récemment des troubles analogues dans la contractilité de la pupille, survenus dans la sciatique par action réflexe et par une vive irritation provoquée artificiellement dans le nerf sciatique.

D). *Phimosis.* — Pour terminer, nous tenons à ajouter quelques mots sur le phimosis, cause primitive des phénomènes que nous venons de relater, dans le but de faire ressortir l'importance d'une affection considérée jusqu'ici comme banale et insignifiante, et négligée ainsi aussi bien par la plupart des médecins que par ceux qui en étaient atteints; car, ainsi qu'on vient de le voir par ce qui précède, cette affection est susceptible, dans certains cas, de déterminer des phénomènes éminemment graves et dangereux. Notre observation est au plus haut point instructive et concourt indubitablement à soutenir ce que nous avons rapporté.

Nous savions jusqu'ici que le phimosis pouvait être une cause de stérilité, en raison de la difficulté d'éjaculer, tenant soit à l'extrême étroitesse de l'orifice préputial ou à l'absence de parallélisme entre cet orifice et celui du méat, soit enfin à la brièveté du frein existant ordinairement dans le phimosis congénital. Daudirac (1) a rapporté, dans son excellente thèse, un grand nombre d'exemples de stérilité due à un phimosis congénital et, dans un de ces cas, la stérilité, qui avait duré pendant cinq années d'union conjugale, disparut après l'opération.

Althaut (2) mit sur le compte du phimosis le développement d'un cas d'épilepsie, se basant sur ce fait que, sur 25 épileptiques d'un hôpital de Londres, 11 étaient atteints de phimosis. Malheureusement l'opération de la circoncision qui fut pratiquée dans quelques-uns des cas précités ne réussit pas à faire cesser l'accès épileptique, quoiqu'elle eût fait disparaître certains symptômes cérébraux tels que la céphalalgie, le vertige, les bourdonnements d'oreilles, etc.

Toutefois, personne, jusqu'ici, autant que nous en pouvons juger, n'a publié des phénomènes analogues à ceux que nous avons signalés dans notre observation, ne tenant qu'au phimosis et disparaissant entièrement après l'opération, sans aucun autre traitement ; et, en cela également, cette observation est unique et excessivement rare ; elle nous porte en conséquence à énoncer l'aphorisme suivant :

« Dorénavant, tout médecin ou chirurgien qui aura diagnostiqué chez un malade un phimosis soit congénital, soit acquis, devra lui conseiller de se soumettre à l'opération le plus tôt possible, car elle seule le mettra à l'abri de complications ultérieures probables. »

(1) Daudirac, thèse de Paris, 1874.
(2) *The Lancet*, février 1867.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Epidémie de typhus exanthématique.

Le typhus, dont la population parisienne n'avait jamais eu à souffrir jusqu'à ce jour, vient de faire son apparition dans certaines prisons de la Seine. Le Dr Sapelier a diagnostiqué l'affection, le 29 mars, à la maison de Nanterre, où elle avait été introduite par des malades provenant du Dépôt. De ce foyer, l'épidémie rayonna dans les diverses prisons de Paris et de là dans les hôpitaux où furent évacués quelques malades. Tout d'abord on pensa que la maladie venait de Lille où, depuis février, existait une épidémie dans la prison de cette ville. Jusqu'au 4 avril, aucune notification de l'état de choses ne fut faite à l'autorité compétente et il fallut, à cette date, l'éclosion soudaine du mal au Dépôt et à la Santé pour que la lumière se fît.

Le 5 avril, M. le Dr Napias était commis à l'inspection sanitaire des prisons de la Seine. Le Dépôt était évacué et désinfecté, en même temps qu'une circulaire du Préfet de Police signalant l'état de choses mettait les médecins en éveil.

Le 6 avril, le Dr Napias rendait compte de son inspection, établissait l'apparition du 2e cas au Dépôt et signalait Lille comme un foyer d'inspection. Il s'y rendait aussitôt. Le 8 avril, le typhus était signalé à Amiens, et le jour même M. le Dr Netter était envoyé dans cette ville. Le 11 avril, M. Thoinot gagnait Beauvais, où des cas étaient annoncés.

Le 19, une circulaire envoyée aux Chemins de Fer du Nord conseillait la désinfection des voitures de 3e classe venant de Lille, Amiens, Beauvais.

A cette même date, on apprend l'existence du typhus à Abbeville, où se rendent les Drs Napias, Netter et Thoinot. La mission est également dirigée sur Étrépagny.

Il résulte, du rapport déposé par le Dr Napias au Comité d'hygiène, que les premiers cas parisiens ont éclaté au Dépôt vers le milieu de mars. L'affection diagnostiquée le 29 mars, à Nanterre, par M. Sapelier, ne le fut que consécutivement à la Santé, où elle se montra dès le 23 mars. A la suite de l'évacuation du Dépôt, faite le 2 avril, le typhus entra à l'Hôtel-Dieu. Quelques cas y étaient déjà en traitement, mais les malades avaient tous passé par le Dépôt. Tous les typhiques furent rapidement placés d'abord dans un service isolé, sous la direction de M. Lancereaux, et aujourd'hui dans un service spécial, à l'Annexe, sous la direction du Dr Thibierge.

Le Dr Bourcy a signalé deux cas de typhus dans son service, à la Charité. Le Dr Rendu a eu un décès dans son service, à Necker, où il a également observé un malade venant de Beauvais. M. Duguet a rencontré, à Lariboisière, un fait analogue. Au 15 avril on signalait 84 cas et

31 décès, ce qui donne une mortalité de plus de 30 0/0.

A l'Hôtel-Dieu 26 cas ont été traités ; il y a eu 2 décès. 19 cas se sont produits à la Santé. On a noté 8 décès. Tous les malades avaient passé par le Dépôt. A Nanterre. 29 cas se sont montrés, dont 2 cas intérieurs ; on a eu 14 décès. Dans divers hôpitaux : 7 cas, 4 décès. Enfin quelques cas ont été vus à domicile.

Le typhus semble avoir été importé à Paris par un individu nommé Ghis, en ce moment à l'Hôtel-Dieu annexe, où nous avons pu le voir tout récemment à peu près rétabli. Cet homme, venu de Lille à Paris à pied, passa par Amiens, où il coucha à l'asile de nuit vers le 17 février. Il arriva au Dépôt le 10, et fut transporté à l'Hôtel-Dieu le 13, où on le plaça dans le service du Dr Bucquoy. Il communiqua le typhus à son voisin de lit et aussi à M. Lallemand, externe du service, qui est décédé, dimanche dernier, dans le service du Dr Thibierge. Ghis n'a certainement pas importé le typhus à Amiens, car l'épidémie de cette ville est bien antérieure à celle de Lille, ainsi qu'on va le voir. A Lille, en effet, l'existence du typhus devint surtout évidente à la maison d'arrêt où les conditions d'hygiène sont déplorables. Construite pour 300 personnes, cette prison en contient habituellement 500 et parfois 625. Le premier cas intérieur fut celui d'un nommé Vercouter qui fut pris le 30 janvier. L'épidémie constatée, l'administration prit des mesures et procéda à des libérations anticipées qui eurent pour résultat immédiat d'amener la diffusion de l'affection.

Le premier cas dûment constaté à Lille est celui d'un nommé Carld Jean. Cet homme alla à Amiens vers le 6 novembre et y coucha à l'asile de l'abbé Clabot. Il se rendit ensuite à Abbeville, revint à Amiens qu'il quitta le 23 décembre après avoir couché au même asile et regagna Lille le 6 janvier. Il habitait rue des Etaques, 49. Il entra à l'hôpital de Lille le 9 janvier. C'est 49, rue des Etaques, qu'habitait Ghis avant son départ pour Paris. C'est vers la fin de décembre qu'est signalé le début de l'épidémie à Abbeville. En ce qui concerne Amiens, le typhus paraît y avoir été introduit dès le mois de décembre par des nomades ou des vagabonds. Il y a eu dans cette ville depuis le 2 février 35 décès typhiques. On l'a observé tout d'abord dans l'asile de l'abbé Clabot, destiné à donner abri à ces malheureux.

A Abbeville, 33 cas se sont produits. 11 vagabonds ont été atteints. 3 d'entre eux venaient de l'asile Clabot. A Saint-Ricquier (9 kilomètres d'Abbeville) des nomades importaient le typhus à la date du 11 février. A Pontoise il y a eu du 14 février au 15 avril 20 cas et 5 décès. A Blangy (Seine-Inférieure) il y a eu un décès par le typhus.

On signale des cas tout le long de la route de Beauvais à Paris et aussi sur la route d'Angers, le Mans, Vitré, qui est aussi celle du Finistère, où existe le typhus à l'état endémique. A Beauvais, où 15 cas se sont produits suivis de 5 décès, le foyer aurait été une maison de passage hébergeant les rouleurs. Le typhus existe encore à l'heure actuelle à Poissy, à Mantes, à Versailles.

La situation résumée est la suivante au 13 avril :

Paris (y compris Nanterre). . . .	85 cas,	32 décès.
Lille.	39 —	12 —
Amiens.	9[illegible] —	3[illegible] —
Abbeville.	33 —	6 —
Saint-Ricquier (Somme).	6 —	1 —
Beauvais.	20 —	5 —
Pontoise	20 —	3 —
Mantes.	1 —	1 —
Versailles.	3 —	0 —
Poissy.	3 —	0 —

Il est de la plus haute importance de savoir d'où vient ce typhus implanté en ce moment même au cœur de Paris. Le seul moyen rationnel de le combattre et de le détruire est de l'attaquer dans son centre même de production pour l'empêcher à tout jamais de rayonner. On ne saurait discuter un seul instant aujourd'hui la possibilité d'une génération spontanée du typhus se faisant au sein d'une accumulation d'individus en état de grande malpropreté, souffrant de privations, parqués dans des locaux mal aérés. C'était pourtant là l'idée que se faisait Murchison de la genèse typhique et il croyait à l'origine indépendante du mal. Chauffard, avec une merveilleuse intuition de nos idées actuelles sur l'infection, montra le premier qu'un apport primitif du germe était nécessaire au développement du typhus. Nous savons aujourd'hui que le typhus est une maladie infectieuse, endémique dans certains pays, endémo-épidémique dans d'autres. La distribution géographique des foyers endémiques actuels est importante à connaître. Le plus connu, le plus redoutable, est le foyer Irlandais. Moins étendus sont ceux des bords du Danube, des provinces baltiques de la Russie, de la Bohême. En France, le typhus règne d'une façon incontestable en Bretagne, où il est localisé dans les départements du Morbihan et du Finistère, dans les cantons de Saint-Renan, de Ploudalmézeau, de Plabannec, de Lannilis, de Pont-Croix, de Brest, de Landerneau, de Landivisiau, de Saint-Pol-de-Léon. L'île de Molène et celle de Tudy ont été le théâtre en 1878 et en 1891 d'épidémies qui ont été l'objet d'études remarquables de la part du Dr Gesltin et du Dr Thoinot.

La littérature médicale française est peu riche en publications concernant le *typhus fever* ; elle est surtout tributaire de la science anglaise à ce point de vue particulier. Nous signalerons cependant les pages magistrales consacrées par M. Charcot au *typhus fever*, dans ses *Œuvres complètes*. (T. VIII, p. 50.)

D'où qu'il vienne à l'heure présente, que ce soit de Bretagne ou d'Angleterre, où rayonne le typhus Irlandais, le typhus n'avait point visité Paris depuis 1856. Il avait été apporté au Val-de-Grâce par les troupes de Crimée et il resta cantonné dans ce seul hôpital. C'est là, en effet, une propriété remarquable du typhus de ne se point diffuser, et de ne prendre le caractère épidémique que lorsqu'il se trouve ensemencé dans un milieu favorable à son développement. Ce milieu favorable, il le trouve dans les grandes agglomérations d'hommes, et de là les dénominations si variées et si expressives, qui lui sont attribuées, de *typhus des armées*, de *fièvre des hôpitaux*, de *maladie des prisons*, de *ship infections fever*. La famine prédispose aussi au typhus, et les épidémies n'ont jamais été plus sévères en Irlande qu'au cours des années de disette.

La transmission du germe typhique ne se fait jamais par l'air, pas plus que par l'eau. Il est certain que le contage a lieu par l'approche du malade, par son contact ou celui des effets qui lui ont servi. Le germe infectieux, pour se transmettre au loin, a besoin de ces intermédiaires ; aussi l'isolement des typhiques, la désinfection de leurs vêtements, de leurs effets de literie, celle des gens qui les entourent, sont-ils des points d'une importance capitale. Il est démontré que la maladie s'éteint rapidement si ces précautions sont prises. Jamais, d'ailleurs, un hôpital de typhiques ne détermine de foyers de contagion autour de lui.

Tout le monde peut être atteint par le typhus ; ni le sexe ni l'âge ne jouent un role dans son développement.

Quelques auteurs, frappés de l'odeur cadavérique que dégagent les malades, ont pensé que le germe était un gaz ammoniacal émané du corps des malades. Nous ne citons cette hypothèse que pour mémoire. La bactériologie seule nous donnera la clef du problème. Des recherches récentes

font entrevoir déjà la solution prochaine. En 1888, Hlava de Prague signalait un strepto-bacille qu'il croyait pathogène, sans en donner la preuve.

Thoinot a trouvé 7 fois dans le sang des typhiques de l'île Tudy un micro-organisme dont il poursuit l'étude.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine (voir plus loin), MM. Dubief et Bruhl ont décrit un microbe qu'ils croient pathogène et qu'ils proposent de nommer *Diplococcus exanthematicus*.

Le germe semble véhiculé par les produits cutanés. Le typhus fever ne se montre pas deux fois chez un même individu. On peut voir la fièvre typhoïde se développer chez des sujets convalescents du typhus, et réciproquement le typhus attaquer des individus qui ont présenté récemment tous les symptômes de la fièvre typhoïde. De semblables faits ont fait dire à Stokes que la même cause spécifique produit à peu près indifféremment, tantôt le typhus fever, tantôt la fièvre typhoïde. Stokes et les unicistes invoquent encore à l'appui de leur thèse certains cas plus ou moins bâtards où l'on aurait rencontré la fièvre typhoïde sans exanthème, et quelquefois aussi le typhus fever, avec ulcération des plaques de Peyer et des follicules isolés. Mais, comme le dit si justement M. le Pr Charcot : « c'est en vain qu'on opposerait sans cesse, « pour prouver leur non-identité de nature, ces deux « affections l'une à l'autre, sous le double point de vue « des symptômes et des lésions, si l'on ne parvient pas à « démontrer qu'elles sont le produit de causes spécifiques « essentiellement différentes. » La seule voie à suivre, pour arriver à une solution probante, est d'établir que l'agent spécifique du typhus n'engendre jamais la fièvre typhoïde, et réciproquement.

Les éléments du diagnostic positif de l'affection sont fournis par plusieurs symptômes cardinaux : l'éruption, la courbe thermométrique, les phénomènes généraux et la constipation.

L'éruption se voit dès le quatrième jour de la maladie. Elle est constante, et débute sur la paroi antérieure de l'aisselle, les côtés de l'abdomen, ou le dos des mains. Elle envahit ensuite la poitrine, le dos, les épaules, les bras, les mains, les membres inférieurs. Jamais elle n'atteint ni le cou, ni la face. Les taches (*distinct spots*) se développent toutes dans l'espace de deux ou trois jours.

Dans une première phase, elles ont une coloration d'un rose sombre, sont légèrement saillantes et s'effacent momentanément à la pression.

Dans une deuxième phase (dark, livid, pseudo-petechial eruption) qui commence 2 ou 3 jours après leur apparition (Charcot) les taches prennent une coloration plus foncée, livide; elles pâlissent un peu, mais ne disparaissent pas absolument sous la pression du doigt; elles ne sont plus saillantes.

A la troisième période (*petechial eruption*) les taches acquièrent dans leur partie centrale seulement, ou bien dans leur étendue, une coloration d'un rouge foncé. Elles ne sont plus modifiées par la pression et sont nettement limitées.

M. Jenner signale encore d'autres taches imparfaitement dessinées. et se confondant souvent les unes avec les autres; on les dirait profondément situées sous l'épiderme (*subcuticular rash*). L'aspect donné à la peau par ces deux espèces de taches est tigré et désigné sous le nom de *mulberry rash*. L'éruption du typhus se termine par une fine desquamation semblable à celle de la rougeole.

Le tracé thermique est, aussi, bien caractéristique. Il y a ascension brusque [illegible] autour de 40° ou 41° jusqu'[illegible] jour. Vers les 10e, 11e et 12e jours, la température tombe et la chute est rapide quoique se faisant en lysis. Si la terminaison doit être fatale la température [illegible].

La constipation est [illegible]. Toutefois elle peut être précédée de quelques jours [illegible] qui disparaît après un purgatif.

Les phénomènes généraux consistent en un facies typhique caractéristique : stupeur, [illegible], injection des conjonctives, lèvres [illegible]. Langue parfois normale dans les cas [illegible] dans les cas graves; en une odeur de putréfaction [illegible] spéciale ; en un ensemble de phénomènes nerveux, qui consistent en de la céphalalgie, du vertige, de l'insomnie. A ces signes se joignent bientôt du délire qui est tantôt tranquille (typhomanie) ou qui tantôt se traduit par de l'agitation, des idées délirantes, des impulsions violentes qui poussent le malade au suicide.

La prostration est ordinairement excessive et nous avons vu des malades de l'épidémie actuelle, fort étonnés de se retrouver à l'hôpital au moment où ils entraient en convalescence, et qui n'avaient aucun souvenir de ce qui était survenu dans leur état.

On a signalé encore des soubresauts des tendons, des secousses musculaires, de l'hyperesthésie excessive, de la surdité. Les complications qui sont de règle dans les états infectieux accompagnent le typhus.

Ce sont des symptômes cardiaques dont les plus constants appartiennent à la myocardite: des symptômes pulmonaires, tels que la bronchite, la congestion pulmonaire ; des symptômes rénaux souvent urémiques. La rate est constamment hypertrophiée. Le typhus ouvre encore la porte à toutes les infections secondaires banales. Le typhus qui doit avoir une issue favorable se termine du 12e au 14e jour par une crise.

Cette crise se traduit chez un malade, pour la vie duquel on avait quelques heures auparavant de fortes raisons de craindre, par une amélioration de l'état général, souvent surprenante, tant elle est brusque et complète. La figure s'éveille, le masque de la stupeur tombe, le malade demande à manger. En même temps, les urines, qui avaient été rares ou albumineuses pendant le cours de l'affection, sont émises claires et en abondance. Il se produit une sorte de crise urinaire qui n'a pas manqué chez les malades de l'Hôtel-Dieu annexe et qui peut être comparée à celle des ictères mise en lumière par M. Chauffard. Peut-être à cette crise volumétrique correspond-il une crise azoturique. Nous ne savons pas qu'on ait tenté des recherches sur le degré de toxicité des urines typhiques. Il y aurait pourtant là un point de la plus haute importance à élucider.

La crise typhique est toute symptomatique. On est surpris de constater, en effet, qu'à l'amélioration de l'état général ne correspond pas un abaissement de température. Il y a là un phénomène qui nous paraît devoir être opposé à ce qui se passe dans la pneumonie: à la défervescence pneumonique, à la chute brusque de la température, ne correspond pas un amendement équivalent de l'état général et surtout local. Dans le typhus, au contraire, c'est l'état général qui s'améliore le premier, qui fait sa défervescence, alors que simultanément, la température reste inquiétante.

En somme, *maladie cyclique* à début généralement brusque, [illegible] durant de 4 à 6 jours; une deuxième période d'état durant de 7 à 10 jours; une crise qui survient du 13e au 17e jour. La mort se produit vers le [illegible] jour (Thoinot).

Le diagnostic différentiel est surtout [illegible] qui concerne la fièvre typhoïde.

Elle ne ressemble pourtant guère au typhus. Son étiologie est toute différente et son mode de transmission encore plus. Il est tout à fait exceptionnel de voir un malade atteint de fièvre typhoïde contagionner ses voisins à l'hôpital. C'est exactement le contraire qui s'observe dans le typhus fever. Dans cette affection, le début est brusque, le tracé thermométrique spécial, la crise est pathognomonique. La constipation, l'absence de gargouillement abdominal, l'éruption suffisent encore à donner au typhus un cachet qui lui appartient en propre.

La fièvre à rechute ou *relapsing fever* comporte des vomissements, de l'ictère, une hypertrophie hépatique. Elle est sans éruption caractéristique. Les symptômes qui la caractérisent ne durent pas plus de 5 à 6 jours. Un amendement survient, puis 5 ou 6 jours après nouvelle rechute, puis nouvelle guérison. La seconde rechute ne dure pas plus de 3 jours. La maladie est inconnue dans notre pays. On trouve, chez les malades atteints de *relapsing fever*, le spirochète d'Obermaier.

Ce sont là les deux diagnostics vraiment difficiles et importants.

Au point de vue anatomo-pathologique, on ne rencontre aucune lésion caractéristique, si ce n'est des lésions congestives nombreuses, et souvent un peu d'épanchement péricardique. Il n'y a aucune lésion intestinale.

Du traitement il y a peu à dire. On doit surtout et avant tout isoler les malades, désinfecter soigneusement tout ce qui les approche.

La grande indication est de combattre les phénomènes d'hyperthermie et les symptômes ataxo-adynamiques. On arrivera à remplir ce but en appliquant systématiquement la méthode des bains froids telle que l'a formulée Brand pour la fièvre typhoïde.

L'alcool devra être donné en grande quantité et sous toutes les formes. Une excellente formule est celle indiquée par Bouchard dans la pneumonie :

Chloroforme	5 gr.
Rhum	100 gr.
Limonade tartrique.	895 gr.

à prendre en 24 heures.

On administrera également la quinine à hautes doses. On devra s'adresser aux sels de quinine les plus solubles et notamment au bibromhydrate de quinine.

J. Dauriac.
Interne des hôpitaux.

Le Congrès international de médecine à Rome
(Septembre 1893).

Plusieurs de mes confrères ont fait courir, à Paris, le bruit que le XI[e] Congrès international de médecine, qui doit avoir lieu à Rome en septembre prochain, allait être remis à une date ultérieure, dans la crainte de l'éclosion d'une épidémie cholérique ou autre.

On m'a écrit pour attirer mon attention sur ce bruit. J'ai immédiatement télégraphié à M. le P[r] Maragliano, secrétaire général du Comité central italien. Voici le texte même de la dépêche que j'ai reçue jeudi soir 20 avril, à 1 h. 3/4.

« *On n'a pas actuellement de raison pour reculer le Congrès. Bruit inexact. Santé publique en Italie excellente. Veuillez démentir.* Maragliano. »

Je démentis.

Marcel Baudouin,
Secrétaire général du Comité français d'Initiative et de Propagande, 14, boulevard Saint-Germain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 avril 1893. — Présidence de M. Chauveau.

M. Sottas communique les résultats histologiques de *deux examens de myélite syphilitique*. Dans les deux cas les lésions étaient comparables. Il existe d'abord un rétrécissement des vaisseaux de la partie lésée qui peut aller jusqu'à l'oblitération. Les tissus irrigués par ces vaisseaux se nécrosent alors, ce n'est donc pas un processus inflammatoire, mais un processus de ramollissement. Mais les foyers de nécrose ainsi constitués ne se creusent pas, ils sont comblés par du tissu scléreux, et ce processus histologique est rendu possible par ce fait que les vaso-vasorum des vaisseaux scléreux se dilatent, persistent et permettent l'apport d'une quantité de sang suffisante pour permettre la cicatrisation du foyer.

M. Féré rapporte l'observation de deux cas d'*astasie-abasie* dans lesquels la mensuration dynamométrique des mouvements a montré que l'astasie-abasie n'est pas, comme son nom l'indique, une paralysie limitée à certains mouvements, mais qu'elle s'accompagne d'une parésie assez accentuée de la motilité générale. Les membres supérieurs, en particulier, sont très faibles. Les malades de M. Féré étaient hystériques, et l'un d'eux fut guéri par auto-suggestion, à la suite de l'inoculation de liquide testiculaire. Il ne voulut pas se laisser inoculer une seconde fois, fut puni pour ce refus, et eut un accès de colère dont il sortit guéri.

M. Brown-Séquard dépose une note de MM. Rémond et Rispal (de Toulouse) *sur le traitement du diabète maigre par les injections de suc pancréatique*. Il pense personnellement que les injections de suc testiculaire réussissent mieux dans le diabète que les injections d'organes spéciaux ; c'est pourquoi il ne pratique pas lui-même les injections de suc pancréatique. Abordant un second ordre de faits, il expose que l'hémiplégie croisée obtenue expérimentalement par l'hémi-section de la moelle et portant le nom de syndrome de Brown-Séquard est très améliorée chez le cobaye par les injections de suc testiculaire.

M. Pilliet a étudié l'*évolution myxomateuse du placenta abortif*. La caduque dans l'avortement est souvent expulsée par fragments dans lesquels on retrouve les cellules déciduales. Cette expulsion partielle est tardive et la caduque peut végéter dans l'utérus, donnant lieu à des tumeurs que l'on a désignées sous le nom de déciduomes. A côté de cette variété connue il en existe une autre dans laquelle les débris expulsés sont constitués non plus par de la caduque, mais par du placenta dont les villosités sont en dégénérescence myxomateuse, comme dans les môles hydatiformes. L'étude de ces cas montre que cette dégénérescence n'est que partielle. Une portion du placenta adhérent subit la transformation hydatiforme, elle est expulsée. Puis une autre portion suit le même processus. Il en résulte que les malades présentent des pertes sanguines à intervalles plus ou moins éloignés. L'examen de ces pertes permet de retrouver aisément les villosités et de distinguer la maladie de l'endométrite fongueuse ou du cancer du corps utérin. L'expulsion des débris placentaires peut se faire pendant des périodes de plusieurs années.

M. Charrin dépose une note de MM. Ruffer et Plimmer, de Londres, *sur les parasites du cancer*. Ces auteurs ont examiné 47 cas de cancers de divers organes et ont toujours trouvé des parasites intra-cellulaires, qui sont d'ailleurs différents des coccidies décrites par MM. Malassez, Albarran, Darier, Wickham, etc. Ce sont des protozoaires encapsulés, pourvus d'un noyau petit, d'un corps plasmique grenu, colorables par la cochenille et siégeant dans le noyau ou le protoplasma même des cellules néoplasiques.

M. Moussu a continué ses études sur *les glandes accessoires du corps thyroïde chez le chien*. Il a constaté que l'on peut, dans certains cas, enlever le corps thyroïde en laissant en place ses glandules et que cette expérience permettra de se rendre un compte exact du rôle de suppléance joué par les glandes.

M. Gley annonce à ce propos qu'il a réalisé cette expérience sur six chiens, qu'elle est en cours et qu'il en donnera prochainement les résultats éloignés.

M. Ch. Richet montre un *chien tuberculeux traité par la vaccination* avec les produits de culture de la tuberculose aviaire et qui survit depuis un an à l'inoculation de tuberculose humaine, alors que cette inoculation tue les chiens en moins de deux mois.

M. Mironoff, de Karkof, a constaté qu'en inoculant des *lapins avec des cultures vieilles et par conséquent atténuées de streptocoque*, on leur donnait un certain degré d'immunisation et que le sérum de ces animaux possède des propriétés curatives assez marquées, puisque en injectant ce sérum à des lapins inoculés de septicémie on ralentit la marche de cette dernière affection.

M. Charrin dépose : 1° Une note de M. Frendenreich, de Berne, sur les *variations morphologiques du bacille pyocyanique cultivé sur la pomme de terre.* 2° Une note de M. Strupt, de Gand, sur les *nécroses épithéliales dans le rein cholérique*.

M. Straus dépose une note de M. Chamberland sur *le passage des microbes de la mère au fœtus*, à travers le placenta. Cette note est accompagnée de descriptions histologiques très précises sur les différentes phases de ce passage.

M. Bonnier lit une note de M. Jacquard qui a étudié l'*influence de la pression atmosphérique sur la végétation.*

M. Bonnier expose ses recherches sur les appareils du *sens de l'espace*. Il passe en revue dans cette note les appareils de la ligne latérale des poissons, qu'il assimile à des organes acoustiques.

M. Georges Pouchet résume une série de recherches historiques sur les *échouements de Cétacés* signalés dans les auteurs anciens. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 avril 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Suite de la discussion sur le typhus.

M. Monod rappelle les mesures prises pour empêcher l'extension de l'épidémie de typhus à Lille. L'épidémie a été signalée le 27 février ; ces mesures ont été prises dès le 28. Il montre combien la loi actuellement en discussion et qui rendra obligatoire la déclaration des maladies contagieuses serait urgente et nécessaire. Il montre la nécessité de pourvoir de moyens suffisants d'assainissement et de désinfection tous les établissements de secours et d'assistance.

M. Dujardin-Beaumetz présente une note de MM. Dubief et Bruhl sur le *microbe du typhus* qu'ils proposent d'appeler Diplococcus exanthematicus. Cette note repose sur neuf observations dont six avec autopsie. Le microbe trouvé est un diplocoque; il est rare dans le sang et dans la rate, abondant dans les organes respiratoires. Cette localisation explique l'intensité des accidents pulmonaires et la grande contagiosité de la maladie.

M. Kelsch, rappelant les épidémies de typhus d'Algérie, fait une communication d'une extrême importance non seulement pour le typhus, mais pour la pathogénie générale des maladies infectieuses. Les Arabes faméliques, misérables, atteints de diarrhées, de dysenteries, de malaria portaient souvent en eux le germe du typhus sans en être eux-mêmes atteints. Mais les Européens robustes, bien portants placés dans les meilleures conditions d'hygiène qui s'y trouvaient en contact avec eux étaient décimés par la contagion. De même en Crimée sur les navires rapatriant des blessés, des convalescents, on a vu des épidémies de typhus décimer l'équipage sans atteindre les malades transportés. Il peut donc en être du typhus, comme des épidémies qui reparaissent après une longue période de sommeil et en particulier de la peste. L'apparition simultanée du typhus sur divers points de la France en est encore une preuve. Cette communication, très documentée et qui ouvre à la pathogénie du typhus un horizon nouveau, produit une vive sensation.

M. Leloir (de Lille) expose tout d'abord l'état actuel de l'épidémie dans cette ville. Le typhus a disparu de la prison, son lieu d'origine ; mais un nouveau foyer s'est créé dans un quartier pauvre, à logements infects, produisant six cas du 7 au 14 avril. Les médecins de Lille ont, comme M. Monod l'a exposé, prévenu l'Administration dès le 27 février. Ils ont fait tout leur devoir et ce n'était pas à eux d'avertir le Comité consultatif d'Hygiène.

MM. Bergeron, Proust et Brouardel observent que le Comité consultatif a bien été saisi de l'épidémie de Lille : mais que cette épidémie a été présentée comme une épidémie de fièvre typhoïde et non de typhus exanthématique.

M. Brouardel insiste sur l'urgence d'une bonne loi sanitaire. Dans une étude psychologique pleine de saveur il expose l'état d'âme des municipalités des villes où survient une épidémie. L'hygiène commande de parler. L'intérêt du commerce local, dont la voix sonne singulièrement plus impérieuse, semble commander de se taire. Ce qui résulte de cette conspiration du silence c'est que non seulement l'épidémie n'est pas enrayée dès le début, mais que les journaux de l'étranger, vite informés, ont toute latitude pour exagérer des faits réels, mais insignifiants.

M. Laborde insiste également sur l'urgence du vote de la loi sanitaire.

M. Le Fort rappelle que l'Académie a déjà émis, à ce sujet, un premier vœu général et qu'il suffit qu'elle le confirme à nouveau. (*Approbation unanime*).

M. Napias commence la lecture du rapport qu'il a adressé au Ministre de l'Intérieur sur l'épidémie du typhus actuel. Mais le règlement s'opposant à ce qu'une personne étrangère à l'Académie fasse une lecture sur un sujet en discussion, cette lecture est suspendue (1).

M. Proust, dans la prochaine séance, reprendra ce point spécial de la question.

Elections.

L'élection de deux correspondants nationaux dans la troisième division se termine dès le premier tour par l'élection de M. Galtier (de Lyon) (50 voix sur 54 votants), et M. Baillet (de Bordeaux) (50 voix sur 53 votants).

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 avril. — Présidence de M. Ferrand.

M. Du Cazal relate l'observation d'un homme de 21 ans sans antécédents héréditaires, ni personnels, qui, entré dans son service avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde, a succombé à une pneumonie double.

A l'autopsie la rate est très hypertrophiée, l'examen bactériologique révèle la présence du bacille d'Eberth à l'état de pureté et très virulent. L'intestin était absolument sain, il s'agit donc de *fièvre typhoïde sans dothiénentérie* analogue à une observation publiée par M. Chantemesse.

M. Bourcy résume de la manière suivante les *signes du typhus observé par lui.* Début brusque, haute élévation thermique initiale ou tout au moins rapide ; injection des conjonctives, absence de signes abdominaux ; constipation, éruption précoce, période nerveuse brusquement établie aboutissant dans les cas mortels à un coma rapide et dans les cas favorables à une dépression thermique en discordance avec la persistance du mauvais état général, puis à une guérison sans convalescence. Les renseignements négatifs de l'autopsie et les recherches bactériologiques établissent la légitimité du diagnostic.

(1) Notre confrère, M. Laborde, dans la *Tribune médicale* de cette semaine, fait remarquer qu'il n'y a pas en réalité de règlement aussi draconien. Alors, quoi ! Qu'est-ce que cela veut dire ? Il serait utile d'être fixé définitivement à ce sujet (M. B.)

*

M. Comby fait remarquer que ce malade avant de rentrer dans sa famille venait de faire un séjour de 8 mois au Dépôt. Il fut pris 7 à 8 jours après sa sortie des symptômes du typhus.

M. Roger a observé cinq cas de typhus exanthématique; dans trois cas le diagnostic n'est pas certain à cause de la présence d'une diarrhée très fétide. Chez les deux autres, constipation opiniâtre. Chez tous, manifestations pulmonaires et cardiaques graves, céphalalgie, insomnie, surdité. L'éruption a présenté un caractère rubéolique dans un cas, pétéchial dans un autre. Les malades ont guéri. L'urine contenait des traces d'albumine, de l'indican et chez un seul malade de l'éther éthyldiacétique.

MM. Thibierge, Rendu et Huchard rapportent des observations de malades atteints de typhus exanthématique.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 avril 1893. — Présidence de M. Périer.

Trachéotomie préventive dans les interventions bucco-pharyngées.

M. Picqué. — Je serais très désireux de savoir ce que pense la Société de Chirurgie de la trachéotomie préventive dans les cas d'interventions bucco-pharyngées. Cette trachéotomie a été appliquée dans des occasions où elle n'était pas indiquée, ne l'a pas été dans d'autres où elle aurait rendu de grands services. A mon avis, il faut y renoncer quand il s'agit d'interventions portant sur la langue et la réserver aux cas où il s'agit de traiter par la méthode sanglante des affections du pharynx, en particulier les fibromes naso-pharyngiens. L'abandon du tamponnement trachéal par la méthode de Trendelenburg ne doit pas jeter du discrédit sur le tamponnement intrapharyngé de Kocher; c'est là un moyen hémostatique et antiseptique précieux.

M. Reynier. — Il faut distinguer dans les cas d'affections de la langue. Pour moi, la trachéotomie préventive est indiquée lorsque l'on veut enlever la base de la langue et dépasser notablement, dans son ablation les insertions de cet organe. Cette trachéotomie permet d'éviter des spasmes réflexes très dangereux du pharynx pouvant survenir au cours de l'anesthésie, comme il a pu l'observer au moins une fois. Il rejette l'emploi de la canule de Trendelenburg.

M. Delorme. — J'ai opéré deux fois des fibromes naso-pharyngiens; je n'ai pas fait la trachéotomie préventive, mais utilisé la position de Rose. Je crois la trachéotomie inutile dans ces opérations. Je suis convaincu que les ablations larges des fibromes donnent les meilleurs résultats, et, grâce aux appareils prothétiques de M. Martin (Lyon), on peut remédier à toutes les difformités consécutives à l'ablation du maxillaire supérieur.

M. Verneuil. — Je ne suis pas opposé à la trachéotomie préventive dans tous les cas. Je l'admets parfaitement pour les tumeurs du pharynx; mais uniquement dans cette affection. Je lui préfère dans les autres circonstances la ligature préliminaire de la carotide externe et la ligature des 2 linguales quand il s'agit de la langue. Il me semble qu'on se trompe sur le processus de la pneumonie septique consécutive aux interventions pharyngées; la cause des accidents, c'est la septicémie sus-hyoïdienne. Je ne puis admettre le procédé de Rose. On perd de la sorte une grande quantité de sang. Tous ces moyens ne doivent d'ailleurs être employés qu'exceptionnellement.

M. Schwartz. — J'ai fait 7 fois l'ablation du maxillaire supérieur, sans trachéotomie préventive; 5 fois j'ai lié, au préalable, la carotide externe; j'ai eu une mort de pneumonie septique.

M. Després. — Il faut faire la trachéotomie préventive dans les ablations de la langue si l'on opère au thermocautère; si on emploie l'écraseur elle est inutile. Je suis pour les opérations radicales dans les fibromes naso-pharyngiens des jeunes gens, car sans cela ils récidivent jusqu'à 25 ans.

M. Berger rappelle la pratique de Nelaton et de Gosselin.

Luxation ancienne du coude et résection.

M. Tillaux fait un rapport sur une observation de M. Lejars. Un ouvrier, après une chute sur le coude, a une luxation en arrière de cette articulation. M. Lejars le voit cinq mois après et constate une ankylose rectiligne impossible à réduire, pas le moindre mouvement. Incision d'Ollier; triceps détaché de son insertion; impossibilité de fléchir et fracture de l'olécrâne pendant les manœuvres; ostéophytes antérieurs et postérieurs. Résection de l'olécrâne et de la tête du radius. Os remis en place. Suture du triceps. Immobilisation à angle droit. Guérison fonctionnelle parfaite. M. Tillaux approuve la conduite tenue, insiste sur l'inutilité des tentatives de réduction: dans les cas les plus favorables, le coude reste raide. Il vaut mieux réséquer. M. Tillaux préfère l'incision unique médiane et croit plus sage d'enlever la bande d'Esmark avant de faire le pansement. Il faut s'efforcer, dans les cas semblables de faire comme M. Lejars; l'hémirésection sur l'humérus lui semble préférable, à moins que l'olécrâne ne soit brisé.

M. Quénu. — Les tentatives de réduction tardive, tout en étant très scientifiques, ne donnent que des résultats médiocres. Mais il faut bien savoir aussi qu'on peut ne pas obtenir des guérisons complètes après la résection. Il faut absolument faire des réserves sur ce que peut donner cette opération dans les luxations anciennes du coude, car il y a des cas où, au bout d'un certain temps, il se produit une rétraction du tissu fibreux périarticulaire: d'où gêne très grande dans les mouvements de l'avant-bras.

M. Lucas-Championnière. — Je suis pour les interventions sanglantes et cela de très bonne heure. On doit opérer dès qu'on a franchi la période où l'on a perdu l'espoir de remettre les choses en état par les moyens ordinaires. Il y a des cas, ceux qui datent de quelque temps, où il faut abandonner d'emblée toute idée d'arthrotomie avec réduction simple: il faut carrément partir pour la résection. Si on fait une résection partielle, c'est la tête du radius qu'il faut s'efforcer de conserver et n'enlever que l'humérus et le cubitus. Je suis pour la suppression des ligatures. Il faut mobiliser très rapidement toute articulation réséquée.

M. Routier cite un cas de luxation ancienne du coude ankylosée, traitée par la résection. Mobilisation très précoce. Il appuie les remarques de M. Quénu.

M. Berger se demande si, dans les cas cités au cours de la discussion, y compris celui de M. Lejars, il s'agit bien de simples luxations anciennes du coude. Il tend à penser qu'il a dû y avoir en même temps fracture, car l'ankylose osseuse est exceptionnelle dans la luxation simple. Il préfère la résection totale à la résection partielle.

Un grand nombre d'orateurs étant inscrits, la suite de la discussion est renvoyée à une séance ultérieure.

M. Berger présente une pièce de 5 francs extraite par l'*œsophagotomie externe*. Au cours de l'opération il blessa le pharynx; aussi ne croit-il pas prudent de suturer la plaie œsophagienne. Il a opéré un peu trop haut.

M. Monod présente un *fibrome de la paroi abdominale*, développé du côté du péritoine, pris pour *une tumeur de l'ovaire*.

M. Jalaguier présente des pièces ayant trait à ses expériences sur *le séjour des corps étrangers dans l'abdomen.*

M. Reynier présente un *fibrome utérin* énorme, du poids de 16 kilogrammes enlevé par l'hystérectomie vaginale, chez une femme de [illegible] ans.

Marcel Baudouin.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

M. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, a lu un rapport sur les mesures prises par son administration pour arriver à *enrayer la marche du typhus*. C'est un nommé J..., arrivé de Lille, où il a séjourné à la prison centrale, qui a apporté la maladie à Paris. Cet individu est entré, au moment même où on le recherchait activement à Paris, dans le service du docteur Netter.

M. le Dr Napias a recherché de quelle façon le fléau, qui n'avait pas sévi en France depuis 1815 qui est par conséquent inconnu de la génération actuelle de médecins, avait pu pénétrer à la prison de Lille et à l'hôpital Saint-Sauveur de cette ville. Il est arrivé à savoir que c'est un individu du nom de

Ghys qui avait passé plusieurs nuits dans l'asile de nuit établi à Amiens par un abbé X..., qui avait transmis la maladie à quelques pensionnaires de la prison de Lille. L'asile de nuit d'Amiens, foyer du typhus, a été fermé par ordre de l'administration.

Le Comité s'est également occupé de la *situation sanitaire* de Lorient, de Vannes et de différentes communes de Bretagne où le *choléra* s'est déclaré. La situation s'améliore chaque jour. Le docteur Thoinot est allé organiser un service sanitaire à Lorient, et ce matin un envoyé du Comité est parti pour Vannes, où il prendra les mesures nécessaires.

Le Comité a enfin entendu les docteurs Brouardel et Proust, de retour depuis dimanche soir de Dresde, où ils ont représenté la France à la conférence internationale sanitaire, qui a émis un vœu auquel ont adhéré les délégués d'Allemagne, d'Autriche, de Russie, de Suisse et de différentes autres grandes puissances européennes, tendant à voir substituer à la quarantaine, actuellement en vigueur en temps d'épidémie, la visite sanitaire à bord, le passeport sanitaire, la visite médicale à bord et d'autres mesures déjà introduites en France. D'après MM. Brouardel et Proust, on peut prévoir dans un temps rapproché l'application de cette réforme, qui aura pour résultat de ne pas jeter le trouble dans le commerce des nations.

SOCIÉTÉ de DERMATOLOGIE et de SYPHILIGRAPHIE

SESSION ANNUELLE

Séance du 7 avril 1893. — Présidence de M. Lailler.

M. Jonathan Hutchinson (de Londres) présente un malade atteint *d'épithéliomes multiples de la face consécutifs à de l'acné sébacée.* Chez ce malade à antécédents héréditaires cancéreux, la lésion épithéliale se développe sur les cicatrices d'acné. Quel que soit le traitement employé, les lésions récidivent.

M. E. Besnier pense que, puisque les opérations chirurgicales ne donnent pas une guérison définitive, il y aurait peut-être lieu d'essayer les cautérisations profondes avec les caustiques tels que la pâte de Vienne. Ces récidives sont très fréquentes dans les épithéliomes cutanés et la pâte de Vienne est alors souvent préférable à l'opération par le bistouri.

M. Lailler. — En raison de la dissémination des lésions, je crois aussi que les cautérisations seraient préférables. Le chlorure de zinc est peut-être le caustique qui agit le plus puissamment, mais il donne souvent lieu à des cicatrices chéloïdiennes. Je crois surtout qu'il faut détruire les productions épithéliales à mesure qu'elles se forment: c'est ainsi que je soigne une malade qui depuis trente ans vit avec un épithéliome, car il est des épithéliomes bénins, et je lui fais une application de caustique de Vienne chaque fois qu'une production néoplasique se montre.

M. Dubois-Havenith (de Bruxelles) insiste sur ce fait qu'il faut tout détruire, car une destruction insuffisante est plutôt nuisible. Dans les cas semblables, il emploie d'abord le thermocautère, puis le raclage et le chlorure de zinc.

M. Dubreuilh (de Bordeaux) cite l'observation de deux frères qui, tous deux atteints d'acné sébacée, présentèrent tous deux cette complication d'épithéliome.

M. Cathelineau communique une observation d'*éruption arsenicale.* Il s'agit d'un balayeur entré dans le service de M. le Pr Fournier pour une éruption occupant le bras, les faces antérieure et latérale du tronc, le dos, l'abdomen, les cuisses. Le cou, la face, les jambes sont respectés. L'éruption consiste en une série de pustules de dimensions inégales, supportées par une base rouge un peu infiltrée, isolées les unes des autres. Cette éruption aurait débuté deux jours après l'usage d'une chemise dont le malade était encore porteur à son entrée à l hôpital. On ne constate chez le malade ni gale, ni phtiriase, il n'avait absorbé aucun médicament. On pense aussitôt à une dermite artificielle. L'analyse chimique a démontré la présence de l'arsenic en quantité notable dans la chemise de ce malade.

M. Mendel présente un enfant de quinze mois atteint de *gangrène symétrique des extrémités:* chute des ongles et de l'extrémité des phalangettes.

M. Haslund (de Copenhague) envoie un travail sur l'*alopécie concomitante de la leucodermie syphilitique.*

M. Dubreuilh rapporte quatre observations de *folliculites décalvantes du cuir chevelu* et discute la nature de cette affection. Dans les deux premiers cas, il s'agissait du type pseudo-peladique de M. Brocq; dans les deux autres, il existait des phénomènes inflammatoires avec cônes épidermiques autour du cheveu qui tombe, puis atrophie du derme. La lésion est sèche et ne présente aucune tendance à la suppuration. La marche est lente et l'affection prurigineuse. On trouve, au microscope, des foyers d'infiltration diffus dans la partie superficielle du derme mais sans rapport avec le follicule pileux. Il n'y a pas de périfolliculite et il ne s'agit que d'une dermatite avec atrophie consécutive des glandes et des poils de la région. Ce sont donc à peu près les lésions du lupus érythémateux, bien que ce ne soit pas cette affection. Les diverses dénominations jusqu'ici proposées sont donc mauvaises, notamment celle de folliculite. Cette dermatose doit être séparée des cas où il y a folliculite. L'ichtyol est la seule substance qui ait donné quelques résultats.

M. Meneau (de la Bourboule) lit un travail sur le *psoriasis unguéal:* tantôt l'ongle tombe pendant ou après une poussée de psoriasis unguéal, tantôt le psoriasis unguéal survient dans les formes invétérées et chroniques du psoriasis, tantôt enfin le psoriasis des ongles est primitif et reste limité à ces phanères. Dans ce dernier cas le diagnostic est parfois assez difficile, mais les altérations profondes de la lame unguéale, séchant sans suintement ni suppuration, devront faire penser à la possibilité d'un psoriasis débutant par les ongles, surtout si plusieurs d'entre eux sont pris à la fois. L'auteur cite un cas dans lequel les vingt ongles des doigts sont ainsi tombés.

MM. Cazeneuve et E. Rollet (de Lyon) font part des résultats qu'ils ont obtenus dans le *traitement du psoriasis et de l'eczéma par le Gallanol.* Ce corps qu'ils ont isolé à l'état de pureté de l'acide gallique est un puissant agent réducteur de la peau. Dans le psoriasis, le gallanol est employé en badigeonnage avec une solution à 1/10 recouverte de traumaticine et après un temps très court le psoriasis est blanchi. Dans l'eczéma chronique, la pommade à 1/10 et 1/4 fait disparaître le prurit et amène une prompte guérison.

M. Butte fait une communication sur l'emploi du *collodion iodé dans les teignes.* Dans la pelade, cette médication est indiquée dans les plaques achromateuses, mais elle ne doit pas être employée dans les formes étendues ou décalvantes. C'est surtout dans la teigne tondante que le collodion iodé donne de bons résultats.

M. Thin (de Londres) envoie des préparations de *bacilles lépreux.*

M. Dubreuilh lit au nom de M. Sabrazès (de Bordeaux) un premier travail *sur le favus de l'homme, de la poule et du chien.* Il a trouvé dans chaque cas un parasite différent. Le favus du chien se distingue notamment par sa malignité lorsqu'on l'inocule à la souris: il peut alors perforer les cartilages et les os. Ces trois parasites distincts sont aussi de malignité inégale. L'auteur insiste aussi sur la pluralité du favus de l'homme. Un deuxième travail a pour but l'étude des *pseudo-tuberculoses faviques expérimentales.*

L'Achorion Schœnleinii, dans le godet favique, envoie, dans certains cas, des filaments myéliens jusqu'au voisinage des vaisseaux de la région papillaire; ne peut-il se généraliser? Il n'y a pas, chez l'homme, d'observation bien certaine de lésions faviques extra-cutanées. Bien que chez la souris le favus détermine des lésions très graves et très profondes on n'a jamais cependant noté de dissémination dans les viscères thoraciques et abdominaux.

Des godets et des cultures sporulées absorbées par voie digestive n'ont jamais, chez la souris, amené de favus intestinal.

Mais les injections intra-veineuses et intra-péritonales de semblables cultures ont été suivies de pseudo-tuberculoses faviques.

Dans une première expérience positive, un lapin reçut, dans la veine auriculaire gauche, un peu moins d'un centimètre

cube d'une dilution de spores d'une culture pure de favus du chien après passage sur l'homme : quelques gouttes de la dilution furent, au même moment, injectées dans la chambre antérieure de l'œil. Le lapin mourut au bout de 3 jours. L'examen minutieux de tous les organes ne révéla le parasite que dans les poumons. On le trouvait au centre de granulations miliaires intra-vasculaires en filaments rayonnés, ainsi le démontrent les préparations persistantes. L'œil inoculé était plein de petites colonies dont l'ensemencement sur agar, sur pomme de terre, etc., a reproduit le champignon originel à l'état de pureté.

L'auteur a également obtenu par l'injection de spores de culture pures de l'Achorion Schœnleinii une pseudo-tuberculose péritonéale, et par injection intra-veineuse d'une culture pure d'un trichophyton une mycose du poumon.

M. Bodin lit une note sur *le favus de l'homme* qui a trait à deux points : 1° la pluralité des favus de l'homme ; 2° une déduction de ce fait sur l'origine des teignes humaines.

I. — 200 cultures provenant de 19 cas de la policlinique de M. le Dr Besnier m'ont prouvé avec toute certitude l'existence de 7 espèces de favus différentes. Ces faits corroborent pleinement les travaux antérieurs dus à Quincke, Méguin et Duclaux, Costantin et Sabrazès, Unna et Neebe qui, en décrivant chacun des espèces différentes, appuient sur le fait de la pluralité des favus de l'homme, désormais hors de toute contestation.

II. — L'extrême pluralité des favus semble dès à présent très analogue à la multiplicité des trichophytons récemment prouvée ; comme dans la trichophytie il suffit d'étudier expérimentalement quelques cas pour obtenir plusieurs espèces distinctes.

De cette multiplicité de parasites comparée au nombre relativement très restreint des malades, une déduction s'est imposée à M. Sabouraud en ce qui concerne la trichophytie, comme à moi en ce qui concerne le favus. Le nombre total des cas de teignes est beaucoup trop restreint par rapport au nombre des espèces fixes du parasite pour qu'on puisse croire que la contagion soit toujours l'origine de la maladie. Il devient extrêmement probable que ces parasites de l'homme peuvent exister dans la nature à l'état indépendant. Leur inoculation à l'homme, en dehors des cas nombreux de contagion, serait aussi accidentelle que peut l'être celle de l'actinomycose par exemple, parasite qui au point de vue botanique est d'ailleurs très voisin des champignons de la teigne.

Séance du 8 avril. — Présidence de M. Lailler.

MM. Hallopeau et Brodier communiquent un cas de *dermatite scarlatiniforme hémorrhagique* avec complications cardiaques. La malade atteinte de cette dermatose a eu antérieurement une hydrargyrie, on ne lui trouve cette fois aucune cause apparente ; la prédisposition individuelle joue donc le rôle essentiel dans sa production ; elle a été remarquable, au point de vue clinique, par la production de bulles, de nombreuses pétéchies, d'excoriations donnant lieu à la formation de croûtelles épaisses, par l'intensité du prurit qui persiste encore après trois semaines, alors que l'éruption est en voie de régression et par la production d'une endo-péricardite. Les accumulations de pigment hématique constituant les pétéchies se trouvent aujourd'hui exclusivement dans l'épiderme ; elles disparaissent avec les squames lorsque celles-ci s'éliminent ; si le derme, leur foyer initial, en est actuellement exempt, c'est que les mouvements de nutrition et de circulation en ont amené la résorption, tandis que, dans l'épiderme, elles se sont trouvées à l'abri de ces influences.

M. Du Castel présente un malade atteint de *lèpre*. Cet homme a vécu aux Indes : il est aujourd'hui atteint de lèpre maculeuse anesthésique. On voit sur tout le corps de grandes plaques circinées à bords légèrement saillants. A leur niveau l'anesthésie est plus prononcée que partout ailleurs. En certains points existe une dissociation de la sensibilité. Une deuxième malade présentée par M. Du Castel est atteinte d'érythème généralisé avec éléments éruptifs pseudo-tuberculeux. L'éruption s'est présentée d'abord sous forme de placards, puis plus tard sous forme d'éruption circinée. Il existe aussi chez cette malade des troubles sensitifs : anesthésie, dissociation de la sensibilité. Faut-il rapprocher ces deux malades et s'agit-il de la même affection ? Peut-être répondrait-on affirmativement dans un pays où se trouve le bacille de Hansen, mais M. Du Castel pense qu'à Paris il est prudent de se tenir sur la réserve. Sa malade est normande et n'a jamais quitté la France : il est peu probable qu'il s'agisse chez elle de lèpre et, jusqu'à preuve du contraire, les recherches bactériologiques étant en cours, M. Du Castel la rangera dans cette classe encore mal délimitée de la syringomyélie avec troubles trophiques de la peau. Ce qu'on peut dire, c'est que ces deux malades sont atteints d'une affection du système nerveux, peut-être de cause différente, mais donnant lieu aux mêmes lésions cutanées.

M. Archambault envoie une observation d'*éléphantiasis* congénital.

M. Galezowski fait une communication sur le *diagnostic des paralysies des nerfs moteurs des yeux à l'aide du diplomètre.*

M. Dubois-Havenith présente des photographies de différents types de dermopathies et notamment d'un cas de maladie de Paget.

M. Dubreuilh fait une communication sur l'*anatomie pathologique de la gale*. On discute encore sur le siège occupé par le parasite de la gale et par son sillon. On croyait jusqu'ici qu'il se trouvait dans le corps muqueux, mais déjà M. Török a montré que la couche cornée seule était intéressée. Les recherches de M. Dubreuilh lui permettent d'affirmer qu'il en est réellement ainsi. L'acare et son sillon ne franchissent pas la couche cornée de l'épiderme et plusieurs plans de cellules les séparent du corps muqueux.

M. Cathelineau lit une note sur l'*écorce de mururé* ou *mercure végétal*, arbre qui croît au Brésil. On retire de cet arbre, par incision de l'écorce, un suc auquel on donne le nom de mercure végétal, dont les indigènes font usage dans le traitement de la syphilis. M. Cathelineau qui a analysé ce suc, liquide rougeâtre, d'odeur urineuse, montre que c'est un drastique énergique et toxique.

M. Jullien fait une communication sur la *syphilis pulmonaire*. La syphilis du poumon se présente avec un tel cortège de symptômes trompeurs que le diagnostic en est très rarement fait. On l'englobe parmi les maladies scléreuses ou tuberculeuses, au grand préjudice des malades. M. Jullien rapporte un cas où le diagnostic de tuberculose avait été fait, mais les crachats ne contenaient pas de bacilles tuberculeux et l'inoculation aux animaux resta négative. Plus tard, on constata sur les membres inférieurs des gommes et des ulcères. Contre ces lésions tertiaires, j'eus, une fois de plus, à vérifier la grande efficacité de la méthode Scarenzio-Smirnoff ; 6 injections de calomel furent pratiquées sans que cette cachectique en éprouvât le plus petit inconvénient ; j'y joignis l'iodure de potassium pris en des lavements de lait. L'hiver dernier, la faiblesse s'étant accrue, j'eus recours aux injections de Brown-Séquard, avec un succès incontestable et qui prouve tout le parti que notre thérapeutique spéciale doit tirer d'une si précieuse ressource. Nous n'avions pas la prétention de guérir une telle malade anémique et faible à l'excès ; cependant, aujourd'hui, plus de 3 ans se sont écoulés, et non seulement cette phtisique n'est pas morte, mais elle apparait grandement améliorée. En 21 mois, les spécifiques avaient fait monter son poids de 48 à 60 kilogr. Ce qui me semble devoir surtout ressortir de cette communication, c'est que l'immense majorité des cas semblables sont méconnus, car les accidents visibles peuvent manquer et l'on n'est pas dans l'habitude, pour des cas aussi typiques que celui-là, de pratiquer l'examen bactériologique qui seul pourrait mettre sur la voie du véritable diagnostic.

Paul Raymond.

Société générale des transports maritimes a vapeur. — La Société générale des transports maritimes à vapeur alloue aux jeunes docteurs qui avant de professer désirent faire un ou plusieurs voyages en qualité de médecin à bord des vapeurs desservant le Brésil et la Plata, les honoraires suivants : pour les deux premières années, 300 francs par mois ; pour les troisième et quatrième, 3[illegible] ; enfin à dater de la cinquième année de navigation, [illegible]0 francs. S'adresser à M. le chef du service médical de la compagnie, à Marseille.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SECTION DE MÉDECINE (*fin*) (1).

Séance du 6 avril. — PRÉSIDENCE DE M. LE ROY DE MÉRICOURT.

M. le Dr ALLOT (de Néris-les-Bains) fait une communication sur l'*état électrique des eaux thermales de Néris*. Il lui semble devoir conclure que : 1° Les eaux minérales de Néris possèdent en arrivant à la surface de la terre un état spécial qui est le résultat des influences électriques incessantes auxquelles elles sont soumises dans leur parcours souterrain. 2° Elles n'ont pas d'électricité libre; elles sont électrisées, et c'est à cet état électrique qu'il faut attribuer la plus grande part d'activité de ces eaux dont la minéralisation, relativement aux effets qu'on en obtient, est presque insignifiante. 3° Elles perdent cette propriété par l'exposition à l'air ou même la mise en bouteilles.

M. B. DUPUY fait une communication sur l'*étude chimique et thérapeutique des Crucifères* et montre qu'un examen attentif de la question et la comparaison que l'on fait entre les données cliniques et celles fournies par la chimie forcent à reconnaître que ces plantes justifient à tous égards la haute réputation dont elles jouissent depuis la naissance de l'art de guérir. L'analyse chimique lui a fourni, outre une huile sulfoazotée, du fer, de l'iode, du phosphore et un principe immédiat particulier, constituant tantôt un alcaloïde, tantôt un glucoside de composition invariable et parfaitement définie. Il a retiré ce principe de l'Iberis amara, de la Barbarée, de la Lunaire, du cresson alénois, de l'Hespéride des jardins. Ce corps a sur le cœur une action déprimante très prononcée et explique les propriétés fébrifuges des Crucifères.

M. DUPUY fait une communication sur le *traitement de la diarrhée des jeunes veaux à l'état enzootique*. Le salol, avec le lactophosphate de chaux et l'acide lactique, dilué dans l'eau, pour boisson, lui ont fourni les meilleurs résultats. Il n'a jamais constaté d'accidents du côté des reins par suite du dédoublement du salol.

M. LINOSSIER, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Lyon, présente quelques réflexions critiques à propos des *procédés d'analyse du suc gastrique*. Il montre combien les résultats de l'analyse sont variables avec le repas d'épreuve, le moment de la digestion auquel on l'extrait. Il fait voir que la filtration que presque tous les expérimentateurs font subir à la masse chymeuse enlève toute valeur aux résultats de l'analyse, car la majeure partie des éléments actifs du suc gastrique est retenue sur le filtre. Les dosages d'acidité fournissent des chiffres différents suivant le réactif coloré que l'on emploie comme indicateur : tel suc gastrique, alcalin au tournesol, présentait à l'égard de la phénolphtaléine une acidité de 1,39 p. 1000. Des différences notables existent aussi entre les quantités d'acide chlorhydrique décelées par les diverses méthodes d'Hayem, de Gautier, de Mintz, de Sjöqvist, de Léo, de Braun, etc. Il y a aussi souvent discordance complète entre les résultats fournis par l'analyse quantitative et ceux que donnent les réactifs colorés. Les méthodes qui permettent d'apprécier la proportion des acides organiques ne sont pas plus exactes. Quant à l'évaluation des ferments et des produits de la digestion, elle n'a jamais été faite d'une manière sérieuse.

En résumé, aucune des évaluations fournies par l'analyse du suc gastrique ne présente un caractère absolu ; elles portent, non sur des quantités réelles mais sur des quantités conventionnelles, et les conventions varient avec chaque expérimentateur. Aussi, si l'on peut tirer grand profit de la comparaison des analyses effectuées par un même auteur, est-il très délicat de mettre en parallèle les résultats analytiques de deux auteurs différents; et, dans bien des cas, on a pu croire à une contradiction entre deux expérimentateurs là où il n'y avait que discordance entre deux méthodes d'analyse.

M. le Dr LE ROY DE MÉRICOURT fait observer que l'étude des diverses formes de dyspepsie est difficile. L'estomac n'est pas un vase clos fonctionnant comme dans un laboratoire, il y a à observer les faits cliniques, et les conclusions tirées des recherches chimiques sont trop hâtives. Les études sont encore à continuer, et il est utile que les cliniciens attendent les résultats vraiment scientifiques.

M. le Dr BLUZE, délégué de la Société médicale du quatrième arrondissement de Paris, fait une communication sur le *lait stérilisé employé dans l'alimentation infantile*. Les 30 enfants qui font l'objet de ce travail ont été pesés tous les huit jours aussi régulièrement que possible; ce sont des enfants confiés pendant le jour à une crèche de Paris où la stérilisation du lait est faite chaque jour. I. Sur ces trente enfants, 19 étaient au sein avant d'être mis au lait stérilisé : 1° 9 de ces enfants dont l'âge moyen est de trois mois et demi environ ont semblé souffrir de cette modification de régime ; 2° 4, âgés de sept mois, ont continué à avoir une croissance normale à très peu de chose près. 3° 6, âgés de 7 mois et demi en moyenne, ont au contraire sensiblement profité de l'adjonction du lait stérilisé à l'alimentation naturelle. II. Les onze dernières observations concernent des enfants antérieurement nourris au biberon. La croissance, dans tous les cas, a été supérieure à la moyenne normale. Une observation est intéressante parce qu'elle a presque la forme d'une expérience de laboratoire. L'enfant, nourrie au biberon chez elle, entre pesant 5,900 grammes. On la met au lait stérilisé; le 20 juillet elle pèse 6,200 grammes. Donc augmentation de 300 grammes en 14 jours. La crèche ayant été licenciée le 29 juillet, l'enfant part bien portante chez elle, où elle est remise au biberon. Quand elle rentre le 10 août, elle pèse 6.295 grammes; donc elle n'augmente que de 95 gr. en 13 jours. On la remet à la crèche au lait stérilisé. Le 14 septembre elle pèse 6,970 grammes. Donc augmentation de 19 gr. 85 par jour. III. Sur les 30 enfants observés, aucun enfant n'a été atteint d'accidents gastro-intestinaux; les deux seuls qui ont été malades l'étaient revenus de chez eux après une absence de 13 jours. — *Conclusions :* I. L'alimentation au sein reste préférable à toute alimentation artificielle chez les enfants ayant moins de 7 mois. II. A Paris et dans la classe ouvrière, les enfants de plus de 7 mois élevés au sein, auxquels on donne en surplus du lait stérilisé, ont, grâce à ce supplément d'alimentation, une croissance supérieure à la moyenne. III. Toujours, dès qu'un enfant ne peut être élevé au sein, l'alimentation par le lait stérilisé se montre supérieure à l'alimentation par le lait ordinaire et doit lui être préférée. IV. L'usage exclusif du lait stérilisé met les enfants à l'abri de tous accidents gastro-entériques.

M. le Dr LEDÉ fait à la section une communication sur la *stérilisation du lait* employé pour l'élevage des enfants du premier âge. Les procédés de conservation du lait, la pasteurisation et la stérilisation en grand ne peuvent assurer les mères de ne pas voir paraître des symptômes de diarrhée et de gastro-entérite. Le lait stérilisé dans des flacons d'un litre et même d'un demi-litre ne permet pas d'éviter aux enfants la gastro-entérite, car le lait stérilisé a perdu ses propriétés spéciales sitôt que la bouteille est entamée. Aussi est-il de toute nécessité que la bouteille ne contienne que le lait nécessaire pour un repas. Des appareils fort ingénieux ont été inventés ; mais outre leur prix d'achat souvent élevé, les différentes pièces, caoutchouc, bouteilles spéciales, goulots rodés à l'émeri, se détériorent facilement ou peuvent s'égarer. Aussi le Dr Ledé a-t-il réuni, dans un appareil simplifié, toutes les indications exigées pour la stérilisation du lait. La mère peu fortunée achète, surtout à Paris, le lait d'une valeur de 30 centimes environ le litre. Ce lait doit être stérilisé sitôt l'arrivée dans le logement. Dans un panier à verres sans cloison, de 16 à 18 centimètres de diamètre, on place des bouteilles de verre blanc employées en pharmacie, d'une contenance de 90 grammes. Les bouteilles bien lavées sont remplies d'environ 60 grammes de lait pour le première semaine, de 90 grammes de lait pour les deux semaines suivantes, on peut ensuite employer des bouteilles de 110 grammes ; ces bouteilles étant placées ainsi dans le panier, le tout est plongé dans un récipient du ménage (marmite, pot-au-feu, etc.) et de l'eau y est versée jusqu'au niveau du lait dans les bouteilles pour former un bain-marie. Sitôt que cette eau est en ébullition, on recouvre la marmite de son couvercle et on prolonge l'ébullition lente pendant [illegible] minutes. A ce moment le panier est

(1) Voir *Progrès médical*, n° 14.

enlevé, et les bouteilles sont bouchées avec des bouchons de liège toujours nettoyés et propres. Sitôt le lait refroidi, les bouteilles sont plongées dans une terrine contenant de l'eau froide. Le lait ainsi stérilisé se conserve facilement pendant quelques jours; mais il est préférable, étant donnée sa qualité inférieure, de le consommer dans la journée même ou au plus tard le lendemain. Il est essentiel de rejeter le lait qui serait coagulé pendant l'ébullition au bain-marie. Lorsque le lait doit être donné à l'enfant, la bouteille est plongée dans de l'eau tiède pour réchauffer le lait; le bouchon de liège est enlevé et est remplacé soit par une tétine de caoutchouc, soit mieux encore par le galactophore employé par M. le Dr Budin dans son service de la Charité et que l'on peut construire à des prix très modiques. La stérilisation du lait est donc rendue facile pour la mère de famille, qui doit, lorsqu'elle ne peut élever son enfant au sein, assurer à ce jeune être une nourriture aussi parfaite que possible et lui éviter les troubles gastro-intestinaux si fréquents dans les premières semaines de la vie. Par la stérilisation ainsi pratiquée, le lait de vache est plus facilement digestible pour l'enfant, et, chose non encore expliquée, ne se coagule pas en masse sitôt son arrivée dans l'estomac. Ce procédé de stérilisation devrait être indiqué aux nourrices et aux éleveuses et son emploi ne peut que diminuer la mortalité des enfants dans les trois premiers mois de l'existence. Tel est le résumé d'une méthode facile de stérilisation du lait que le docteur Ledé a fait connaître à la section de médecine.

M. le Dr Desnos lit un travail sur les *limites de la lithotritie*. Grâce au perfectionnement de l'asepsie et de l'antisepsie de la vessie, la lithotritie constitue aujourd'hui l'opération de choix dans l'immense majorité des calculeux. Les contre-indications tirées des déformations de la prostate, de l'étroitesse ou des trop grandes dimensions de la vessie, du volume ou de la dureté trop grande du calcul, sont des raretés; il en est de même de l'âge avancé, et un vieillard, âgé de quatre-vingt-cinq ans, récemment lithotritié, se levait au quatrième jour. Il semblerait donc que la taille ne devrait plus être employée qu'à titre exceptionnel, si les progrès de la chirurgie moderne ne permettaient de viser un autre but en même temps que l'extraction du calcul. Beaucoup de calculeux sont atteints d'hypertrophie de la prostate; or, on sait qu'aujourd'hui les opérations dirigées contre cette affection réussissent et donnent de bons résultats. Quand il y a coïncidence de ces deux affections, il est donc permis, au lieu de se borner au broiement du calcul par la lithotritie, de recourir à la taille, qui constitue, elle aussi, une opération dépourvue de gravité et qui, dans certains cas, permet d'aborder la prostate et de la modifier. Comme exemple, l'orateur cite un malade lithotritié par lui sept fois en cinq ans, à qui il a pratiqué l'excision d'une partie de la prostate et qui depuis lors a expulsé des graviers à la suite de coliques néphrétiques, sans en garder dans la vessie.

M. Poncet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, fait une communication sur les *résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne pour accidents urinaires d'origine prostatique*. L'opération qu'il a proposée, il y a quatre ans, sous le nom de « cystotomie sus-pubienne », a pour but de combattre les accidents urinaires d'origine prostatique et d'assurer la fonction par un canal artificiel placé au-dessus du pubis. Elle trouve ses indications dans la rétention d'urine lorsque le cathétérisme est impossible, lorsqu'il est devenu laborieux, douloureux, lorsqu'il est nécessaire de le pratiquer un grand nombre de fois pour soulager le malade. Enfin la cystostomie doit toujours être préférée à la sonde à demeure. Ses indications sont non moins nettes dans les cystites douloureuses, dans les accidents d'empoisonnement urinaire, etc. En s'appuyant sur plus de soixante cystostomies pratiquées soit par ses élèves, soit par lui, il divise ses opérés en trois catégories au point de vue fonctionnel : 1° Ceux chez lesquels la continence vésicale est parfaite. Le nouveau canal ne laisse passer aucune goutte d'urine en dehors du sondage. 2° Les malades dont la vessie ne peut contenir une certaine quantité d'urine au delà de laquelle l'incontinence se produit; 3° Enfin les opérés chez lesquels la plus grande quantité des urines s'écoule au dehors. Ces deux dernières catégories de malades doivent donc porter un urinal. Quelle que soit, du reste, la perfection ou l'imperfection de la nouvelle fonction, un fait n'en reste pas moins démontré: c'est la puissance de la cystostomie sus-pubienne pour triompher d'accidents prostatiques si souvent mortels.

M. Etienne Rollet (de Lyon). — J'ai pratiqué 5 fois la cystostomie sus-pubienne au mois de juillet 1892; j'ai eu des nouvelles de ces opérés il y a quelques jours, il sont tous en parfaite santé, l'un deux est âgé de 81 ans. Cette opération est des plus simples et elle donne d'excellents résultats dans les cystites douloureuses et l'infection urinaire. Chez deux prostatiques, la température atteignait 40°, l'infection était très grave malgré des lavages antiseptiques répétés; c'est grâce à la cystostomie que ces individus sont vivants à l'heure actuelle.

M. Desnos. — L'opération de la cystostomie sus-pubienne rend les plus grands services, et il faut être reconnaissant à M. Poncet d'en avoir montré les avantages. Cependant il ne faut pas faire trop bon marché du cathétérisme. Le cathétérisme difficile et surtout impossible est une rareté, et dans ces cas la taille sus-pubienne est tout à fait indiquée. Quant au cathétérisme facile, il rend les plus grands services si les prostatiques s'imposent l'obligation d'observer les précautions antiseptiques suffisantes, ce qu'on peut obtenir chez la plupart des malades, et chez beaucoup d'entre eux une évacuation régulière procure des améliorations telles, qu'elle assure une santé apparente parfaite et même la guérison. Aussi, en pareil cas, la cystostomie doit-elle être considérée comme absolument exceptionnelle. Cette opération ne met pas à l'abri de l'infection et un malade dont la vessie était aseptique, au moment où je l'ai opéré, s'est infecté et a succombé en quelques mois avec des accidents d'infection urinaire généralisée. Quant à la ponction hypogastrique, c'est une excellente ressource qu'il ne faut pas perdre de vue.

M. le Dr Roussel (de Genève) lit un travail sur l'*emploi du phosphore pur en injection sous-cutanée*. Le phosphore est difficile à manœuvrer, tant en préparation injectable qu'en administration sous-cutanée, si l'on veut demeurer indemne d'accidents toxiques; cependant, il n'hésite pas à recommander son plus large emploi thérapeutique, parce qu'il est certain qu'il n'existe aucun remède qui l'égale ou se rapproche de lui pour le traitement de toutes les maladies mentales et des affections cérébrales même accompagnées de lésions matérielles classiques des tissus du cerveau ou de la déperdition chimique qu'il soupçonne dans nombre de ces affections et qu'il nomme la déphosphoration.

M. le Dr Rollet (1), professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, lit un travail sur les *épididymites syphilitiques* (2). Dron, de Lyon, a montré en 1863 que la lésion isolée de l'épididyme est un accident de la période secondaire de la syphilis assez fréquent, apparaissant en moyenne trois mois et demi après le chancre. Aujourd'hui, tout au moins en France, tous les cliniciens admettent l'existence de l'épididymite secondaire. Cette affection est tantôt aiguë, tantôt chronique d'emblée et par conséquent provoque ou ne provoque pas de douleurs. Il s'agit d'une lésion limitée, dans la généralité des cas, à la tête de l'épididyme. La tumeur épididymaire, souvent bilatérale, est comparable au volume et à la forme d'une noix, d'une olive, d'une noisette ou d'une pilule. Fait très important à noter, cette tumeur peut être détachée du testicule; sa consistance est ferme et mamelonnée.

Il s'agit très probablement d'infiltrations syphilitiques résolutives; en l'absence d'autopsie, on ne peut qu'émettre cette hypothèse très vraisemblable. Le traitement par le mercure et l'iodure de potassium abrège la durée de l'épididymite secondaire, sans toutefois exercer sur elle une action curative aussi prompte et aussi décisive que sur beaucoup d'autres lésions syphilitiques. Tous les auteurs classiques divisent à l'heure actuelle les manifestations de la syphilis sur les glandes génitales en épididymite secondaire et orchite scléro-gommeuse tertiaire. Nous pensons, en raison d'un fait que nous venons d'observer, que si le sarcocèle épididymo-testiculaire est la modalité la plus fréquente de la syphilis tertiaire, l'épididy-

(1) Voir *Arch. prov. de Chirurgie*, n° 4, 1893.

(2) Communication attribuée par erreur, à M. Dron par quelques journaux.

mite tertiaire, c'est-à-dire le syphilome localisé à l'épididyme, n'en existe pas moins. Si nous rapprochons de notre observation les signes notés dans les cas publiés antérieurement, mais dans lesquels le tertiarisme des malades n'est pas absolument démontré, nous voyons que le syphilome tertiaire de l'épididyme présente les caractères suivants : lésion unilatérale, parfois envahissant tout l'épididyme et provoquant des douleurs. Le traitement ioduré ou mixte amène la résolution rapide du syphilome scléro-gommeux. Les lésions syphilitiques tertiaires concomitantes ou antérieures mettront le clinicien sur la voie du diagnostic. Les symptômes de cette épididymite tertiaire se rapprochent de ceux de l'épididyme blennorrhagique ou tuberculeuse. Le signe diagnostiqué qui semble le plus important est la constatation des adhérences du testicule et de l'épididyme qui n'existent pas dans les formes syphilitiques. Ainsi la syphilis tertiaire peut atteindre isolément l'épididyme; cette épididymite tertiaire s'éloigne tellement du type clinique habituel du testicule syphilitique que nous n'hésitons pas à en faire une forme spéciale ; elle a d'ailleurs une grande importance soit au point de vue du diagnostic, soit sous le rapport du pronostic et du traitement. Il y a donc lieu d'adopter une nouvelle classification et de réserver à l'épididymite syphilitique tertiaire une place et une description à part, ainsi qu'il est fait pour l'épididymite secondaire longtemps méconnue.

M. le Dr Le Roy de Méricourt, président de la section, résume les travaux de la section. Les communications ont augmenté cette année en nombre et en importance ; il est heureux que les travaux scientifiques soient présentés dans la réunion annuelle des délégués des sociétés savantes avant d'être livrés à la publication : comparant les réunions annuelles médicales dans les autres pays à celles qui chaque année réunit à la Sorbonne les délégués de province et de Paris, il espère que l'année prochaine les travaux nouveaux seront encore plus nombreux. M. B.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

7e Session (*Avril* 1893) (*Fin*) (1).

Séance du vendredi 7 avril 1893 (soir).

Suite de la discussion sur le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.

MM. Bergonié et André Boursier (de Bordeaux). — Ce travail a uniquement pour but de publier les résultats obtenus à la clinique électrothérapique de Bordeaux en dehors de toute discussion de la question. Les observations ont été recueillies depuis le mois de novembre 1885 jusqu'à l'époque actuelle. Le nombre des cas observés a été de plus de 200. A peu près 100 d'entres elles ont dû être éliminées comme incomplètes ou pour d'autre raisons. Le traitement a été seulement appliqué à tous les utérus myomateux et aux tumeurs fibreuses utérines. Ne sont pas compris dans ces observations les cysto-fibromes, les polypes fibreux et les fibromes sous-péritonéaux à pédicule mince ou libres dans l'abdomen.

Technique. Méthode monopolaire positive ; hystéromètre en charbon, réuni au pôle positif de la batterie, introduit dans l'utérus; large électrode indifférente abdominale réunie au pôle négatif. Les intensités utilisées ont varié de 25 mA à 150 mA; la durée moyenne des séances a été de 10 minutes. Antisepsie au moyen de la solution de sublimé à 1 4 p. 1.000. (Voir le tableau complet des observations joint au mémoire.)

Analyse des résultats. Ceux-ci sont basés sur cent observations entièrement comparables et comme diagnostic et comme technique suivie. Sur ces 100 cas, 64 sont des *fibromes volumineux* sur lesquels on a observé 7 fois une *diminution manifeste du volume* de la tumeur : soit 10 0/0 environ. 90 sont des cas de fibromes avec *hémorrhagies*, sur lesquels 81 fois ce symptôme a disparu ou s'est amendé sous l'influence du traitement, soit 90 0/0. 41 sont des cas accompagnés de douleurs, sur lesquels 22 ont éprouvé une amélioration ou une disparition de ce symptôme, soit 50 0/0 environ. Enfin, dans 63, le mauvais état général des malades a été amélioré, soit 79 0/0. Ces faits démontrent : 1° que le traitement électrique, d'après la méthode employée, est surtout un palliatif efficace dans les cas de fibromes hémorrhagiques (90 0/0); 2° qu'il agit favorablement aussi sur l'état général (79 0/0) ; 3° que les douleurs accompagnant cette affection s'amendent souvent sous son influence (50 0/0) ; 4° enfin que son action au point de vue de la diminution du volume de la tumeur n'est que rarement efficace (10 0/0).

M. Dubourg (de Bordeaux) cite 4 observations d'hystérectomie abdominale partielle dans les fibromyomes utérins avec traitement intra-péritonéal du pédicule. Il n'a pas voulu faire l'hystérectomie abdominale totale et préfère dans les cas trop graves se borner à la castration tubo-ovarienne.

M. A. Reverdin (de Genève) fait remarquer dans l'hystérectomie abdominale l'inutilité et les dangers du pédicule ; son ablation secondaire est un pis aller. L'extraction totale de l'utérus est difficile à cause du poids et de la situation gênante de cet organe. Il présente une sorte de pince-forceps, qui, saisissant l'utérus, peut l'élever à volonté au moyen d'une corde passant par une poulie, fixée au plafond. Cet appareil a l'avantage de supprimer un aide, presque toujours gênant pour le chirurgien. L'auteur a enlevé de cette façon avec succès deux gros utérus myomateux. Schültze, de Iéna, a essayé aussi avec succès le même procédé.

M. Schwartz (de Paris) communique l'observation d'une malade atteinte, croyait-il, d'une tumeur fibro-sarcomateuse de l'utérus qu'il traita par une hystérectomie totale abdomino-vaginale. Il fit d'abord un pédicule qu'il enleva par le vagin ; l'opération dura une heure ; la guérison fut complète. L'examen histologique démontra qu'on s'était trouvé en présence d'un myxo-fibrome.

M. Routier (de Paris) dit qu'il a pu par le repos et l'emploi de l'ergotine conduire jusqu'à la ménopause des malades atteintes de corps fibreux volumineux et qui sont depuis dans des conditions à peu près normales. Il est intervenu 21 fois et avec succès par la castration tubo-ovarienne dans des cas de fibromes hémorrhagiques. Il a pu parfois, dans un certain nombre de ces cas, faire l'ablation par myomectomie de corps fibreux sous-péritonéaux. Il a pu une fois enlever un fibrome pédiculé sur un utérus gravide depuis 5 mois, et la malade, guérie, a accouché sans complications chez M. Budin. Depuis 1888, quand il craint des altérations des annexes, il fait l'hystérectomie vaginale. Depuis 1891, il ouvre le cul-de-sac vaginal postérieur pour explorer l'excavation pelvienne. Sur 6 malades qu'il traita par hystérectomie vaginale, il eut 6 guérisons ; sur 16 cas d'hystérectomie abdominale à pédicule extra-péritonéal, il dut déplorer 3 décès, dont un par étranglement intestinal et un par intoxication iodoformée. Les 3 cas, dans lesquels il pratiqua l'hystérectomie abdominale avec ablation vaginale consécutive du pédicule, furent suivis de mort. Il en conclut que le chirurgien ne doit pas être absolu et doit approprier aux malades les méthodes de traitement dont il dispose.

M. Rouffart (de Bruxelles) a fini par adopter le plus souvent l'hystérectomie vaginale; il fait remarquer que dans l'hystérectomie abdominale la cicatrice donne souvent lieu à des éventrations. Depuis mai 1891, il a fait 9 hystérectomies avec un seul décès.

M. Guinard (de Paris) relate un cas curieux de corps fibreux opéré durant la grossesse. La malade âgée de 33 ans en était à sa cinquième grossesse. La quatrième avait nécessité une application de forceps. Avant la disparition de ses règles, elle avait eu plusieurs ménorrhagies et entra à l'hôpital Saint-Louis. Il porta facilement le diagnostic et se rendit compte des dangers que le corps fibreux ferait courir au moment de l'accouchement. Il pratiqua avec succès la myomectomie et la malade accoucha sans accident à 7 mois 1 2. A son avis, il est préférable d'intervenir ainsi que de faire l'opération césarienne.

M. Picqué (de Paris) a fait l'opération césarienne dans un cas où il ne pouvait agir autrement, et sur le conseil de M. Tarnier. La myomectomie eût été impossible sans interruption de la grossesse, la tumeur siégeant sur le segment inférieur de l'utérus.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 14 et 15.

M. Vautrin (de Nancy), dans trois cas de corps fibreux compliquant la grossesse, a agi de trois façons différentes. Une première fois, il fit la myomectomie, puis, en même temps, l'opération de Porro; la seconde fois, il enleva la tumeur seule et la malade accoucha avant terme. Dans le troisième cas, suivant le conseil de M. Hergott, il attendit le travail malgré l'enclavement du corps fibreux. Le résultat fut heureux, car la tumeur put se dégager et l'accouchement se fit naturellement. Il n'ose néanmoins conseiller cette expectation dans de pareilles circonstances.

M. Largeau (de Niort) conseille l'hystérectomie abdominale totale dans les fibromes utérins interstitiels. Il croit que, lorsque cette opération sera mieux connue et mieux réglée, elle donnera lieu à d'aussi bons résultats que l'hystérectomie vaginale.

M. Le Bec (de Paris) est d'avis aussi de pratiquer l'*hystérectomie laparo-vaginale* pour les gros fibromes utérins. Sous ce nom significatif, il désigne une opération double comprenant l'ablation de la tumeur par la laparotomie et ensuite celle du pédicule par le vagin. Elle a pour but de tourner les inconvénients des autres méthodes d'hystérectomie. Le pédicule rentré expose aux hémorrhagies par glissement du lien constricteur, à la gangrène septique du moignon, à l'infection péritonéale par les microbes du moignon, comme l'a démontré expérimentalement Boileux, et enfin à l'élimination suppurative du lien et du pédicule. Le procédé extrapéritonéal est lent, souvent douloureux, et expose aux éventrations. Tous ces inconvénients ont frappé des opérateurs distingués et on a cherché un procédé plus simple par l'extirpation du pédicule. M. Le Bec ne pense pas que ce procédé soit applicable à tous les fibromes. Ceux qui sont peu volumineux et accessibles par le vagin doivent être enlevés par cette voie, en suivant la méthode de morcellement de Péan. L'hystérectomie laparo-vaginale offre quelques difficultés provenant des vaisseaux des ligaments larges. Voici un moyen facile de les lier: en étendant fortement les ligaments larges, on voit nettement que les vaisseaux forment deux groupes: l'externe contient les vaisseaux utéro-ovariens, l'interne est accolé à l'utérus. Entre ces deux groupes, il existe toujours un espace celluleux, large de deux à trois centimètres. Par là on peut passer un fil qui étreint les vaisseaux du groupe externe. Le groupe interne est difficile à séparer de l'utérus et est compris dans le pédicule. Si on ne lie pas bien les vaisseaux externes, voici ce qui se passe: le lien constricteur plisse le ligament large; si on le pince ainsi replié, quand on veut détacher le pédicule par le vagin, le ligament se détend, et la partie élevée qui contient les vaisseaux s'échappe de la pince. Quand le lien constricteur est mis sur le pédicule, on détache la tumeur. Il est bon alors de mettre une pince de Museux sur l'ouverture de l'utérus, car la muqueuse pourrait infecter le péritoine. Le col est enlevé comme dans l'hystérectomie vaginale ordinaire. Avant de placer les longues pinces sur les ligaments larges, on peut utilement mettre une main dans le ventre. Cette main sert à guider les pinces, vérifier la prise des ligaments et l'on s'assure que ni l'intestin ni les uretères ne peuvent être lésés.

M. L.-R. Regnier (de Paris). — Des recherches cliniques qui ont porté sur 50 malades, je crois pouvoir conclure: 1° Qu'il y a lieu d'appliquer le traitement électrique toutes les fois qu'un fibrome, accompagné ou non d'hémorrhagies ou de métrorrhagies, coexiste avec des annexes saines ou ne contenant ni kystes, ni pus, ni sang 2° Dans les cas où la présence de la tumeur n'entraîne pas de pertes sanguines on donnera la préférence aux applications intra-utérines négatives, l'action résolutive chez ces dernières étant plus énergique. 3° Dans les cas de douleurs dues à la compression, les applications de courants continus descendants amènent la sédation en provoquant la diminution de volume de la tumeur. S'il s'agit de neurasthénie pelvienne on donnera la préférence à la faradisation avec la bobine à fil fin et les intermittences rapides. 4° Le traitement électrique est nettement contre-indiqué: a) Dans les cas de fibromes accompagnés de lésions kystiques, hématiques ou suppurées des annexes. b) Dans les fibromes présentant de l'hydrorrhée. c) Dans les fibromes inclus dans la cavité utérine.

M. Potherat (de Paris) expose que, depuis 1891, il a modifié les procédés qu'il employait dans le traitement des corps fibreux. Depuis cette époque il fait l'hystérectomie vaginale. Les cinq premières malades qu'il opéra ainsi guérirent rapidement; le décès de la sixième arrêta momentanément son enthousiasme pour cette méthode; mais il se rendit compte que la cause de la mort provenait du manque d'asepsie de la cavité utérine qu'il fait toujours maintenant avant l'opération. Depuis il n'a plus eu d'accidents et est intervenu de cette façon 12 fois. Il ne réserve plus maintenant la castration tubo-ovarienne qu'à un petit nombre de cas.

M. Danion (de Paris) prétend que le plus souvent les succès des chirurgiens ne sont qu'opératoires, que la suppression de l'utérus n'est pas sans inconvénients chez une jeune femme. Il proteste contre l'abandon du traitement électrique qui donne d'excellents résultats sans faire courir aux malades d'aussi grands dangers.

M. Chaput (de Paris) expose une *nouvelle méthode de traitement du pédicule utérin après amputation supra-vaginale pour fibromes et l'hémostase du pédicule par la ligature directe des vaisseaux.* — Après une critique détaillée des méthodes actuellement en usage, l'auteur décrit un procédé qui consiste à faire l'hémostase par ligature directe des vaisseaux. L'opération s'exécute de la façon suivante: l'amputation supra-vaginale étant faite et un caoutchouc réalisant l'hémostase provisoire du pédicule, l'auteur applique sur la circonférence du moignon utérin une couronne complète des pinces en cœur munies de griffes. On peut alors desserrer le caoutchouc sans avoir à craindre d'hémorrhagie grave, car tous les vaisseaux importants siégent à la périphérie du pédicule. On enlève alors chaque pince une à une; si l'ablation de l'instrument détermine un jet de sang, on fait aussitôt la ligature de la région saignante. Pour que cette ligature ne glisse pas sur le tissu utérin qui est dur et élastique, l'auteur conseille de donner un coup de ciseaux de chaque côté de la pince en cœur pour pédiculiser la région pincée. Il est alors facile de jeter une ligature au-dessus de la pince; on fait successivement l'hémostase de toute la circonférence. On rencontre parfois vers le centre du pédicule quelques vaisseaux qui saignent; pour les lier, le chirurgien trace autour du vaisseau, avec un bistouri, une incision quadrilatère profonde de 1 centimètre environ. Le prisme de tissu utérin ainsi isolé, est saisi avec une pince en cœur au-dessous de laquelle on jette une ligature en masse. On désinfecte alors la cavité utérine et la surface du moignon à la teinture d'iode. Le dernier temps de l'opération consiste à fixer le pédicule derrière la paroi abdominale au moyen d'un fil qui les traverse tous deux. Une mèche de gaze iodoformée allant jusqu'au moignon tient lieu de drain. Cette méthode évite l'hémorrhagie et le spacèle du pédicule; elle réduit au minimum les chances de septicémie; elle est plus rapide et shocke moins les malades que l'extirpation totale de l'utérus. L'auteur a exécuté quatre fois son procédé avec succès.

M. Verneuil (de Paris), en prenant la parole pour clore la discussion, prie de l'excuser s'il va parler dans un sens un peu réactionnaire; mais tout ce que l'on a dit paraît faire croire qu'il n'y a pour les tumeurs fibreuses qu'un seul traitement, le traitement chirurgical. Les 2/3 des vieilles femmes de la Salpêtrière sont atteintes de corps fibreux et font bon ménage avec. Il n'y a que dans les cas où de graves accidents viennent compliquer ces tumeurs que les opérations décrites doivent être appliquées. Il trouve qu'elles donnent lieu du reste à une mortalité formidable, même dans les statistiques des meilleurs chirurgiens, tels que M. Terrier. Le plus souvent les injections chaudes et l'électricité suffisent au traitement des corps fibreux. Son désir est qu'on restreigne un peu le champ opératoire pour agrandir davantage le domaine de la thérapeutique.

Questions diverses.

M. J. Boeckel (de Strasbourg) montre de nombreux moulages démontrant les excellents résultats éloignés qu'il a obtenus par la *tarsectomie*

M. Ménard (de Berck-sur-Mer) lit une note sur le *traitement des lésions tuberculeuses du premier métatarsien.* Il attribue à la résection de l'extrémité antérieure du métatarsien la déviation du pied en valgus chez des malades, opérés à

l'hôpital de Berck, avant qu'il en eut la direction médicale.

M. DELORME (de Paris) est persuadé que cette déviation est due à la section des insertions musculaires de la région.

M. GUELLIOT (de Reims) propose le *drainage périnéo-sus-pubien* comme ressources à employer dans les traumatismes de l'urèthre, quand l'emploi de la sonde à demeure ne peut être appliqué.

M. DUPLOUY (de Rochefort) cite la curieuse observation d'une femme de 41 ans qui, dans une tentative de suicide, se tira derrière l'oreille un *coup de revolver* et perdit, sans troubles consécutifs, 8 grammes de substances cérébelleuse. La malade se leva le surlendemain de l'accident, guérit rapidement et n'eut jamais de troubles moteurs ni sensitifs.

M. LAVAUX (de Paris) fait une communication sur le *traitement des infections secondaires chez les malades atteints de cystite tuberculeuse par le nitrate d'argent.* MORAX.

Séance supplémentaire du samedi matin 8 avril 1893.

M. LEVRAT (de Lyon) fait une communication sur les *greffes autoplastiques*. Il montre les photographies de ses malades avant et après l'autoplastie. — Ce chirurgien fait aussi le récit d'une opération qu'il exécuta récemment pour enlever un *enchondrome de la région parotidienne* du poids de plus de 6 kilogrammes. Il dut lier 45 artères, dont 5 ou 6 du volume de la carotide ; le résultat obtenu fut des plus satisfaisants.

M. CALOT (de Berck-sur-Mer) fait le procès de l'*extension continue dans le traitement de la coxalgie*, il préfère de beaucoup l'immobilisation absolue, plus efficace contre la douleur et qui, tout aussi bien que l'extension continue, s'oppose à l'ulcération compressive de l'articulation. Il fait remarquer que jamais l'extension continue employée n'est assez puissante pour s'opposer aux forces physiques qui maintiennent au contact les surfaces articulaires ; il propose le retour à la méthode de Bonnet.

M. LANNELONGUE (de Paris), bien que ne pensant pas que l'extension continue doive être employée au début de la coxalgie, prétend que c'est une excellente méthode de traitement. Du reste, elle distend réellement les articulations malades, puisque ces articulations peuvent même se luxer spontanément.

M. CALOT, d'après son expérience personnelle, persiste à condamner l'extension continue dans la coxalgie, qui ne lui a donné que de mauvais résultats et a souvent causé chez ses malades des subluxations.

M. PHOCAS (de Lille) préfère l'extension continue à l'appareil plâtré comme moyen analgésique ; de plus, il n'est pas partisan du redressement forcé, sous le chloroforme, nécessaire à l'application d'un appareil immobilisateur.

M. COURTIN (de Bordeaux) rapporte l'observation d'une femme de 47 ans, ayant eu 8 enfants, dont le ventre était devenu très volumineux, donnant la sensation nette d'*ascite*. Par une ponction, il retira 15 litres d'un liquide sanguinolent. Le liquide s'étant reproduit un mois et demi après la ponction, laparotomie le 9 décembre 1892 ; le péritoine viscéral et pariétal est épaissi, le rebord du foie, de la rate sont recouverts de petits corps durs donnant la sensation de grains de semoule. Toilette du péritoine, attouchement avec des éponges imprégnées d'eau phéniquée forte, ablation de l'ovaire gauche, qui était de la grosseur d'un poing d'adulte et qui était polykystique. La guérison est permanente et paraît définitive.

M. PICQUÉ (de Paris) rend compte d'un fait analogue. Une jeune fille, atteinte de péritonite tuberculeuse et présentant un mauvais état général, fut laparotomisée par lui, à Lariboisière, dans le service de M. Périer, en août 1892. On fit un lavage à l'eau bouillie. La malade guérit et sortit de l'hôpital, 15 jours après. Son état général est actuellement très bon et il a eu récemment de bonnes nouvelles d'elle. Il se borne à constater ces excellents résultats, sans chercher à expliquer leur mécanisme.

M. CLADO (de Paris) communique au Congrès un *nouveau procédé de topographie cranio-cérébrale* permettant de déterminer avec une précision très grande la scissure de Sylvius, le sillon de Rolando et les divers points de la circonvolution de Broca.

M. GANGOLPHE (de Lyon) donne des exemples qui prouvent que les *appareils prothétiques destinés à remplacer le maxillaire inférieur* ne provoquent en rien la récidive d'une tumeur cancéreuse.— Il présente aussi une *canule hypogastrique pour cystostomie*, qui, par sa direction presque rectiligne et l'appareil ingénieux qui la relie à un urinal, permet d'éviter les inconvénients qui peuvent résulter de la taille hypogastrique.

M. GILLES DE LA TOURETTE (de Paris) expose les symptômes du *sein hystérique et des tumeurs hystériques de la mamelle*. Connus depuis très longtemps, la plupart de ces accidents sont dus à la présence d'une zone hystérogène qui, par son excitation peut déterminer de vraies attaques convulsives. Sous l'influence de cette zone hystérogène, il se produit de la congestion et de l'œdème. Ces symptômes peuvent être exagérés au point de déterminer une ulcération. Ces tumeurs circonscrites ou diffuses ont été opérées comme de véritables cancers par les chirurgiens ; on les a parfois bien à tort décrites sous le nom de névromes. Dans le nouveau Traité de Chirurgie, on conseille à tort la compression de ces tumeurs ; cette pratique serait désastreuse, car l'on ne doit jamais exciter une zone hystérogène. On ne doit pas plus ici user de la compression qu'on ne doit user d'appareils dans la coxalgie hystérique. Les seuls moyens thérapeutiques consistent en agents psychiques, en hydrothérapie, etc.

M. ALBARRAN (de Paris). — *Néphropexie pour cause d'étranglement rénal.* — Il communique l'observation d'une jeune fille de 19 ans, d'hérédité arthritique, qui, depuis l'âge de 12 ans, était atteinte de douleurs survenant par crises avec irradiations et vomissements, se terminant par une émission abondante d'urine. Elle avait déjà été atteinte de coliques hépatiques avec expulsion de calculs et d'impaludisme chronique. En juin dernier, elle se cachectisa, et M. Albarran constata que le rein droit était douloureux au palper et un peu descendu. Les phénomènes s'aggravèrent ; une ceinture n'amena aucun soulagement. Les vomissements devinrent continuels et la vie de la malade se trouva menacée. Trois réductions opérées furent suivies de récidives. Il dut opérer d'urgence la malade en pleine crise. Il constata que le rein, un peu gros, était en rétroversion ; il le réduisit facilement et pratiqua la néphrorrhaphie sans décortication préalable avec 6 fils de catgut. Après une légère fièvre stercorale, la malade guérit ; son poids a augmenté de 25 kilog. depuis son opération. Cette observation a permis à l'auteur de constater directement la pathogénie des crises du rein flottant dues à une hydronéphrose intermittente comme l'admettent MM. Terrier et Marcel Baudouin (1). Dans pareil cas on doit, à son avis, tenter la réduction prudente même avec le chloroforme, et puis la néphorrhaphie et, si elle échoue, la néphrotomie plutôt que la néphrectomie, beaucoup plus grave. Il faut en tous cas ne pas faire ici de thérapeutique expectative.

M. PICQUÉ rapporte un fait analogue à celui de M. Albarran.

M. MALÉCOT. — Je citerai en quelques mots un fait qui démontre, à l'appui de l'opinion de MM. Terrier et Baudouin et Albarran, que la fixation du rein mobile, faite en cas d'étranglement rénal, supprime la douleur et rétablit la santé générale. Une femme de 30 ans souffrait depuis deux ans d'un prolapsus du sein droit qui provoquait des douleurs atroces, entraînant une anémie marquée et un profond découragement. Le 31 août dernier, je pratiquai la néphrorrhaphie lombaire. Le rein très mobile, de volume normal, se trouvait près de la fosse iliaque et se présentait par son bord convexe. Je le ramenai facilement dans sa loge et la guérison se fit rapidement. Cinq semaines plus tard cette femme avait engraissé de six livres, faisait de longues courses à pied et reprenait son métier de femme de ménage.

M. JEANNEL (de Toulouse) cite trois faits très probants qui plaident encore en faveur de l'hypothèse de MM. Terrier et Baudouin.

M. HUGUET (de St-Cyr) cite deux cas de *tournioles compliquées de septicémie*, le premier se termina par la mort, le second par la gangrène sèche d'un doigt.

M. E. VIGNERON (de Marseille). — *Résultats de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale.* — Sur 8 interven-

(1) *Hydronéphrose intermittente*. Alcan, 1891.

tions pour tuberculose vésicale, faites à Necker, 2 fois on a pratiqué le curettage simple par l'urèthre et 7 fois le curettage après la taille hypogastrique (une des malades ayant subi alternativement un curettage simple, puis un curettage après taille). Le curettage simple ne donne aucun résultat, pas même palliatif : il doit être rejeté comme inefficace, incomplet et parfois dangereux. Dans les 7 cas opérés par la taille hypogastrique, on a détruit les lésions, soit par le curettage, soit par l'excision ; on les a modifiées par les cautérisations au fer rouge ou au chlorure de zinc ou par le tamponnement à la gaze iodoformée. Deux fois la vessie a été réunie par première intention. Dans les deux cas, des fistules se sont formées par la suite et sans grande amélioration locale autre que la disparition complète des hématuries dans un cas ; un des malades survit actuellement, l'autre est mort au bout de 4 mois. Dans les 5 autres cas la vessie a été suturée à la paroi abdominale : tant que la vessie est restée ouverte, les douleurs, la fréquence de la miction, les hématuries ont disparu. Par la suite, l'amélioration disparait peu à peu et 3 malades sont morts au bout de quelques mois. Quant aux 2 autres, leur état reste précaire. En somme, le résultat dans ces interventions a été purement palliatif et simplement celui qu'aurait procuré la fistulisation hypogastrique de la vessie. Mais il faut noter que dans tous ces cas les lésions étaient étendues et souvent secondaires. Il est possible que le curettage et l'excision donnent des résultats, et certaines interventions tendent à le prouver ; mais il faut que l'intervention ait lieu sur des lésions limitées et en général primitives. Or, la durée de l'affection, l'intensité des symptômes fonctionnels ne peuvent indiquer l'étendue et le siége de la localisation des tubercules. L'examen cystoscopique seul peut permettre ce diagnostic et devra amener, par la suite, à tenter à nouveau le curettage et l'excision des lésions tuberculeuses de la vessie.

M. Dor (de Lyon) montre les pièces résultant d'expériences faites avec un *staphylocoque isolé de ganglions tuberculeux*. Ce staphylocoque, sur la variété duquel il n'est pas très fixé, ressemble au staphylococcus aureus albus. Il a pu obtenir par son injection dans les veines des arthrites déformantes, des déformations en valgus des pattes antérieures des animaux inoculés, dues à des décollements épiphysaires. Il n'a pas constaté de véritable ostéomyélite, mais plutôt un processus de de nécrose. Les mêmes résultats ont été obtenus par l'injection de cultures filtrées au filtre Chamberland. Les staphylocoques seraient donc capables de sécréter une substance pyogène et une nécrogène. Les décollements épiphysaires sont assez semblables aux périostites albumineuses décrites par M. Ollier. Il a même obtenu une fois une arthrite scapulo-humérale à épanchement albumineux. Le liquide albumineux d'une de ces sortes de périostite, opérée chez M. Poncet, permit à l'auteur d'isoler un staphylocoque analogue à celui qu'il avait tout d'abord étudié et, avec les cultures de ce microbe, injectées dans les veines, il détermina chez un lapin une sorte d'œdème séreux qu'il est tenté de comparer aux abcès séreux décrits par M. Nicaise.

M. Lannelongue (de Paris) fait remarquer que les lésions obtenues par M. Dor sont analogues à celles qu'il a décrites avec M. Achard. Elles se rattachent à l'ostéomyélite dans laquelle il n'y a pas toujours du pus. Cela dépend, à son avis, de la septicité plus ou moins grande du microbe pathogène. Il fait remarquer cependant qu'il ne croyait pas qu'un staphylocoque provenant d'un ganglion tuberculeux pût donner lieu à ces lésions et surtout à une arthrite déformante.

M. Dor n'a jamais cru que les lésions qu'il a obtenues étaient essentiellement différentes de l'ostéomyélite ; il se demande seulement si elles ne sont pas le fait d'une atténuation microbienne.

M. Desnos. — *Des uréthrotomies complémentaires.* — Il ne faut pas considérer le traitement d'un rétrécissement comme terminé, même lorsque, après l'application d'un procédé quelconque, une bougie volumineuse peut y être introduite. Il est nécessaire de pratiquer une exploration minutieuse, car il arrive souvent que le cathéter refoule des brides souples et élastiques sans les dilater réellement : ce dont on doit s'assurer en employant un explorateur à boule ; on est souvent surpris alors de voir qu'une boule n° 1[illegible] ou 16 bute là où une bougie conique n° 23 ou 25 passait sans difficulté. Il est de la plus grande importance, pour le pronostic et le traitement, de faire le diagnostic de ces anneaux fibreux ; lorsqu'un urèthre peut être parcouru tout entier, sans arrêt, par un instrument explorateur, il conservera longtemps le bénéfice de la dilatation ; lorsque, au contraire, l'instrument rencontre des brides plus ou moins résistantes, la récidive est certaine et à brève échéance. Le traitement à appliquer devra donc avoir en vue la destruction de ces brides. Pour cela, nous condamnerons tout d'abord à l'impuissance tout procédé de dilatation lente ou brusque, car, agissant sur une vaste étendue de l'urèthre, il n'a pas une action suffisante sur le point rétréci. Il en est de même, et pour les mêmes raisons, de l'uréthrotomie faite à l'aide de l'instrument de Maisonneuve ou de ses analogues. L'instrument à préférer est l'uréthrotome de Civiale, que j'ai modifié de la façon suivante : la boule terminale qui sert de point de repère et permet de reconnaître la bride, est constituée par une olive mobile ; un pas de vis, disposé à cet effet, permet de toujours placer une olive correspondant exactement au degré de la stricture et la mettant en tension, ce qui donne à la section une grande précision. Les sections pratiquées devront être profondes et intéresser l'épaisseur de l'anneau ; mais il est nécessaire, pour arriver à ce résultat, de procéder par séances successives, car une seule section profonde pourrait causer une hémorrhagie abondante. On ne devra chaque fois sectionner l'anneau que d'un millimètre et demi au maximum ; une exploration, pratiquée quelques jours après, apprendra si l'urètre est libre, et, si une bride se rencontre de nouveau, il faudra recommencer une nouvelle section, et cela plusieurs fois s'il est nécessaire. Ce traitement exige un temps quelquefois assez long, mais il donne les résultats définitifs des plus satisfaisants.

M. Albarran fait remarquer que, depuis 1888, M. Guyon met en pratique ce mode de traitement au moyen d'un instrument, employé en Amérique, qui permet d'obtenir la dilatation maxima de l'urèthre. J. Noir.

Séance du samedi 8 avril (soir). — Présidence de M. Lannelongue.

M. le Dr A. Guérin (de Paris). — *Physiologie pathologique du tissu inodulaire dans les brulures.* — M. Guérin a rappelé à ce propos les bons effets de la compression ouatée pour empêcher la rétractilité du tissu inodulaire des plaies.

M. Ch. Willems (Gand). — *Pied bot.* — Le traitement des formes graves du pied varus congénital a été beaucoup simplifié par l'opération de Phelps, puisqu'elle permet souvent d'éviter les résections osseuses qui constituaient autrefois la seule ressource pour ces formes graves, mais qui sont des opérations bien plus compliquées et peuvent n'être pas sans inconvénients pour l'accroissement ultérieur du membre. J'ai pratiqué moi-même l'opération de Phelps une dizaine de fois, et constamment avec de bons résultats. Je fais habituellement une incision assez longue, descendant suffisamment sur la plante pour que je puisse sectionner à ciel ouvert l'aponévrose plantaire. La plaie est ensuite bourrée et abandonnée à la réunion secondaire. Or, j'ai reconnu bientôt que cette manière de traiter la plaie offre le double inconvénient d'exiger un traitement consécutif long (il faut au minimum un mois pour que la cicatrisation soit complète), et de mettre à la face interne du pied un amas de tissu cicatriciel, dont la rétraction expose à la récidive. Ce dernier inconvénient a même déterminé quelques chirurgiens à abandonner l'opération de Phelps. C'est pour y parer que j'ai tenté d'obtenir, après cette opération, la réunion immédiate. J'ai d'abord essayé de suturer la plaie perpendiculairement à la direction de l'incision, mais je n'ai pu affronter qu'incomplètement, par suite du peu de mobilité des tissus, et la plaie s'est réouverte. Je me suis adressé alors à la transplantation cutanée : j'ai pris sur l'avant-bras un grand lambeau, mesurant six centimètres sur cinq environ et je l'ai fixé dans la plaie. Le onzième jour tous les points de suture ont été retirés ; le lambeau adhérait parfaitement. Comme il est certain qu'un tel résultat pourra être obtenu presque toujours, comme il l'est pour d'autres plaies, je crois que nous avons dans la transplantation cutanée un moyen facile d'assurer la réunion primitive, d'abréger par conséquent le traitement et, en mettant

au bord interne du pied le minimum de tissu cicatriciel, de diminuer d'autant les chances de récidive.

MM. TILLAUX et WALTHER. — *Kyste dermoïde de l'inion.* — Ils relatent un cas de kyste dermoïde de l'inion, c'est-à-dire aux environs de la protubérance occipitale. M. Lannelongue a consacré aux kystes de ce genre un chapitre de son livre pour les kystes congénitaux. Dans le cas actuel il y avait à la fois une poche extra et une poche intra-crânienne, cette dernière située entre l'os et la dure-mère. L'opération a été faite sur un homme de 34 ans, chez lequel la tumeur a commencé à se manifester à l'âge de 26 ans, en 1885 ; en 1887 débutèrent les troubles cérébraux ; en 1888, opération par un confrère de province qui ouvrit la poche extérieure et n'osa pas aller plus loin ; depuis, il a persisté une fistule, et de temps en temps survenaient des accidents nerveux lorsque le foyer ne se vidait pas. M. Walther fit l'ouverture large de la poche intra-crânienne après agrandissement suffisant de l'orifice crânien. La paroi a été touchée au chlorure de zinc et non extirpée. L'état actuel est bon, mais la poche ne bourgeonne pas partout.

M. le Dr Jacques REVERDIN (de Genève). — *Consolidation vicieuse d'une fracture de l'avant-bras. Suppression de la supination. Ostéotomie.* — M. Reverdin donne l'observation d'un homme de 56 ans qui, à la suite d'une fracture de l'avant-bras, probablement du radius seul, un peu au-dessous de la partie moyenne, avait guéri avec le fragment inférieur en pronation, de façon que la supination était supprimée. L'ostéotomie transversale pratiquée au niveau du col a permis de faire exécuter au fragment inférieur un mouvement de rotation d'un quart de cercle, d'améliorer considérablement la difformité en rétablissant dans une certaine mesure la possibilité de la supination. Dans des cas moins anciens et plus favorables, ce procédé permettrait certainement d'obtenir bien plus encore.

Suppurations pelviennes.

M. SEGOND (de Paris) prend la parole pour répondre aux communications de M. Terrier et de ses élèves Boiffin, Broca et Hartmann, touchant la valeur de la laparotomie dans le traitement des suppurations pelviennes. Il répondra brièvement à MM. Boiffin, Broca et Delagénière, dont l'expérience en hystérectomie est au moins discutable. En effet, M. Broca n'a fait qu'une hystérectomie vaginale suivie de mort dans des conditions tout à fait défavorables : il s'agissait d'une femme accouchée quelques semaines auparavant et dont les tissus utérins et péri-utérins étaient, ainsi qu'il arrive en pareil cas, infiltrés et ramollis. M. Delagénière, dans 4 hystérectomies vaginales, a eu 4 morts et cette mortalité de 100 0/0 est peu faite pour le convertir. M. Boiffin a fait 4 hysterectomies avec un succès peu favorable, si j'en juge d'après ses communications antérieures.

M. Terrier n'apporte pas de faits d'hystérectomie vaginale, mais une série de 59 laparotomies avec 7 morts, soit 11,86 0/0 ; dans les derniers cas opérés sous le contrôle de la vue (technique absolument différente de celle de Pozzi, dont le principe est de ne pas y voir), la mortalité est même tombée à 5,71 0/0. A ces chiffres, M. Segond pourrait opposer ceux de Lafourcade qui, dans sa these, a réuni 393 laparotomies pour suppurations péri-utérines avec 58 morts, et 375 hystérectomies avec seulement 34 morts, ou encore la statistique de Jacobs qui, sur 117 cas d'hystérectomie vaginale, n'a eu qu'une mort; mais il prefere s'en tenir à sa propre statistique. Sa mortalité est plus forte que celle de Terrier, puisque, sur 128 hystéreetomies pour lésions bilatérales des annexes, il a 51 cas pour lésions non suppurées, sans une mort, et 77 suppurations avec 11 morts, soit 14,28 0/0. Mais si, usant du même artifice que M. Terrier, il prend ses 21 derniers cas de suppurations dans lesquels il a fait précéder l'hystérectomie du curettage utérin, il n'a qu'une mort, soit 4,28 0/0, chiffre inférieur a celui de M. Terrier.

Pour ce qui est des suites éloignées de l'hystérectomie, M. Segond peut affirmer qu'elles sont excellentes. Cependant, trois fois il a dû faire la laparotomie consécutivement, et M. Delagénière a actuellement, au Mans, une malade hysterectomisée par M. Segond qui souffre encore. Quant aux malades revues, elles sont en parfait etat. C'est ce que M. Segond établira plus complètement dans un travail ultérieur. Il veut insister sur les accidents opératoires dont on charge si facilement l'hystérectomie vaginale. Sur plus de 250 hystérectomies vaginales faites soit pour lésions des annexes, soit pour fibromes, soit pour cancers, M. Segond n'a jamais pincé l'uretère. Il a eu une seule hémorrhagie inquiétante au cours de l'opération ; la malade a très bien guéri. Il a déchiré trois fois la vessie, et les trois fois la fistule vésico-vaginale a guéri après suture. Neuf fois le rectum a été ouvert. Dans six cas, il existait préalablement une fistule rectale que l'écarteur n'a fait qu'agrandir. Deux malades sont mortes de tuberculose pulmonaire; six fistules se sont fermées spontanément : une est récente et en voie de guérison. Quant au manuel opératoire, M. Segond emploie la méthode décrite par Péan au Congrès de Berlin en 1890. Tous les autres procédés de Doyen, de Müller, de Quénu ne sont que des variétés de la méthode générale du morcellement et ne diffère du procédé de Péan que parce que l'hémostase suit le morcellement au lieu de le précéder. M. Segond combine ordinairement au morcellement par résections transversales, une fois le col enlevé, l'évidement central conoïde, qui lui permet d'amoindrir l'utérus et de le faire basculer en avant. Alors seulement il pince de haut en bas les ligaments larges avec des pinces-lorgnettes. Ce procédé est le procédé de choix quand l'utérus est enclavé, de même que le procédé de Doyen est le procédé de choix quand l'utérus est abaissable.

M. HARTMANN. — MM. Terrier et moi, dans notre communication, nous n'avons voulu insister que sur les résultats éloignés des laparotomies pour suppurations pelviennes : nous avons montré ce qu'ils étaient ; nous attendons qu'on en fasse autant pour l'hystérectomie vaginale.

M. SEGOND. — Mes premières opérations ne remontant qu'à une date récente, il m'est difficile pour l'instant de fournir des documents sur ce point spécial.

M. REYNIER (de Paris) tient à répondre à l'argumentation de M. Segond relativement à la critique de la *laparotomie dans les suppurations pelviennes*. L'hystérectomie vaginale ne doit être à son avis qu'une opération de nécessité et ne doit être employée que quand la laparotomie présente trop de gravité. Avec l'hystérectomie vaginale en effet on laisse souvent en place une trompe ou un ovaire malade; d'où plus tard, phlegmon possible du ligament large, accidents divers et fistules. On est alors forcé de faire une laparotomie secondaire pour guérir les opérés.

Notre maître, M. POZZI, nous prie de rectifier comme suit les chiffres de sa communication du vendredi matin, 7 avril, l'erreur n'est d'ailleurs pas imputable à notre collaborateur.

Sur 63 lésions suppurées, il a eu 58 guérisons et 5 morts ; 157 guérisons sur 162 laparotomies, soit une mortalité de 3,09 0/0. Sur 63 cas suppurés, 5 morts ; soit 7.93 0/0 de mortalité. Ceci se rapporte à la période de février 1891 à fevrier 1893. De février 1890 à février 1891 il a eu 46 opérations, dont 27 non suppurées (8 par M. Picqué). Total, 208 opérations, dont 126 non suppurées, avec une mortalité de 2.40 pour l'ensemble et de 6,09 pour les lésions suppurées (5 pour 82).

M. P. MICHAUX (de Paris). — *Cholécystectomie dans le traitement de la lithiase biliaire.* — Ayant pratiqué 8 fois la cholécystectomie pour des cas de lithiase biliaire, je voudrais communiquer au Congrès les quelques remarques cliniques et opératoires qui m'ont été suggérées par ces faits. Cliniquement, trois fois la lithiase était purement vésiculaire et la vésicule n'etait nullement perceptible à la palpation ; une fois elle formait une tumeur qui avait tous les caractères d'une tumeur rénale, ballottement compris, mais la tumeur faisait plus de saillie en avant qu'en arriere ; une autre fois les accidents étaient ceux d'une hernie ventrale ou latérale étranglée et ce n'est qu'au cours de l'opération que nous reconnûmes que la tumeur saillante sous la peau n'était autre que la vésicule. Enfin, dans un dernier cas, on observait près de l'épine iliaque antérieure et supérieure une tumeur mal circonscrite de la paroi abdominale qui n'était autre qu'un foyer de phlegmon biliaire circonscrit dans la graisse très épaisse de la paroi et communiquant avec une vésicule calculeuse. Enfin, dans deux déja publiés, il s'agissait de fistules biliaires rebelles.

Au point de vue opératoire, j'ai toujours pratiqué l'incision sur

le bord externe du grand droit de l'abdomen; une seule fois, à la fin de l'opération, j'ai fait sur le muscle une petite incision transversale pour donner plus de rectitude à la mèche iodoformée que je mets toujours sous le pédicule. La vésicule dégagée du côté de l'intestin, un aide relève avec les doigts la face inférieure du foie, le chirurgien saisit et attire de la main gauche la vésicule et d'un trait léger de bistouri sectionne en Λ le péritoine vésiculo-hépatique. Dès lors rien n'est plus facile que de décoller la vésicule de la face inférieure du foie.

La vésicule isolée, on lie le canal cystique; pour cette ligature je mets toujours un quadruple fil : profondément un gros catgut noué 2 fois et un peu en deçà un fil de soie noué aussi 2 fois séparément. Le pédicule est sectionné et cautérisé soigneusement au thermocautère. Enfin je dispose au-dessous de ce pédicule une longue et forte mèche iodoformée, aboutissant à l'angle inférieur de l'incision abdominale et destinée à conduire en dehors la bile qui viendrait à s'écouler. En effet, malgré toutes les précautions que je viens de signaler, 4 fois sur 7 j'ai vu survenir un écoulement bilieux plus ou moins abondant; j'ai relevé cet accident 10 fois sur 40 observations détaillées de la thèse de Calot; il est arrivé à des chirurgiens des plus expérimentés, comme Terrier, Courvoisier, Kœberlé, et je le considère comme un des principaux accidents post-opératoires de la cholécystectomie. C'est pour l'éviter que je conseille toutes les précautions que j'indiquais plus haut pour la ligature du canal cystique et surtout que je crois très important de ne pas fermer absolument le ventre, mais de rendre l'écoulement possible au dehors par une mèche de gaze iodoformée aboutissant à l'angle inférieur de la plaie. Avec ces précautions, la cholécystectomie restera, dans les cas nombreux de lithiase biliaire où elle est indiquée, l'opération la plus radicale et la plus parfaite, car ses résultats immédiats et éloignés sont excellents.

M. le Pr Severeanu (Bukharest) fait le récit, des plus pittoresques, d'un *enfoncement du périnée et d'une déchirure de la cloison recto-vaginale* chez une jeune femme, mariée récemment et restée vierge en dépit des tentatives brutales de son mari.

M. Maunoury (Chartres). — *Les indications opératoires dans l'occlusion intestinale.* — J'ai opéré quatorze malades atteints d'occlusion intestinale : huit par laparotomie, six par entérotomie. Onze morts et trois guérisons, soit une mortalité de 78 0/0. Cela tient en partie à des causes indépendantes de notre action, mais en partie aussi à l'opération et à ce que les indications opératoires sont encore confuses. Je résume ainsi la ligne de conduite que je compte suivre désormais : 1° Intervenir chirurgicalement dans l'occlusion, seulement après avoir employé les moyens médicaux et lorsque l'état du malade montrera qu'on ne peut plus attendre sans danger; 2° C'est le ballonnement du ventre (et non le diagnostic, toujours incertain) qui servira de guide dans le choix de l'opération : entérotomie, s'il est considérable, laparotomie s'il est modéré ou s'il manque. En cas d'entérotomie, l'exploration de la cavité abdominale et des deux bouts de l'intestin avec le doigt porté dans l'anus artificiel donnera des indications précieuses sur la conduite à tenir ultérieurement.

M. Dubois (Cambrai) a publié l'an dernier trois observations de *tumeurs blanches traitées par la méthode sclérogène*, et depuis il en a recueilli une autre. Cette dernière concerne une jeune fille atteinte de tuberculose grave du poignet et opérée en décembre 1892, puis en janvier 1893, et actuellement en bonne voie. Il termine en donnant les résultats éloignés de ses cas de l'année dernière. Ces résultats sont bons.

M. Coudray (de Paris). — *Quelques applications de la méthode sclérogène et luxation congénitale de la hanche.* — Au Congrès de l'an dernier, j'ai fait une courte communication sur diverses applications de la méthode sclérogène de Lannelongue. Je l'avais expérimentée soixante fois dans la tuberculose chirurgicale, dans la luxation congénitale de la hanche 1 fois; j'avais fait quelques tentatives à titre purement palliatif dans quelques cas de *tumeurs malignes*. I. Relativement à cette dernière catégorie de faits, je ne suis pas plus avancé qu'il y a un an, et mes conclusions sont, par suite, les mêmes, c'est-à-dire très réservées. II. En ce qui concerne la tuberculose chirurgicale, mes faits sont plus nombreux puisque j'ai aujourd'hui mis en traitement plus de quatre-vingts malades. Ces 80 observations se répartissent ainsi : Grandes articulations 49 : genou, 23; hanche, 10; cou-de-pied, 8; coude, 5; poignet, 3. Mal de Pott, 5; ostéites tarsiennes, 7; phalanges de la main et du pied, 7; adénites tuberculeuses, 12; abcès sous-cutanés, 2; testicule, 1. 9 seulement de nos observations ont été publiées *in extenso* dans les thèses de Poux, Timmermanns, Mauclaire. Je renonce aujourd'hui à établir *même* une statistique sur ces nombreux faits, car chaque catégorie comporte des remarques spéciales qu'il est impossible de développer en quelques minutes. Toutes mes observations paraitront dans le volume du Congrès actuel, avec les résultats tels qu'ils sont, éloignés et plus récents, résultats que je considère comme favorables d'une *manière générale*. Je me contente aujourd'hui de faire passer sous les yeux des membres du Congrès quelques dessins qui montrent les lésions de péri-artérite et d'endartérite, allant presque jusqu'à l'oblitération des vaisseaux dans les tissus imprégnés de chlorure de zinc. MM. Lannelongue et Achard ont bien fait connaître ces faits sur les animaux. Mes préparations, faites par M. Dubar, proviennent de tissus synoviaux ou périsynoviaux extirpés dans des *opérations* complémentaires sur le vivant. Un dessin isolé montre un épanchement sanguin histologique consécutif aux injections et qui parait bien dû à la dilatation, peut-être à une rupture des capillaires, c'est la confirmation absolue de l'opinion émise par M. Lannelongue. III. Je désire surtout dans cette communication vous parler d'un fait de luxation congénitale *de la hanche* traité par la méthode sclérogène et vous montrer l'enfant qui en a été le sujet. J'en ai dit un mot au Congrès de l'an dernier. Il s'agissait d'une fillette de 3 ans 1/2 qui présentait une luxation postéro-supérieure avec claudication devenue depuis quelques mois de plus en plus accentuée et disgracieuse. La tête fémorale remontait à 3 centim. 1/2 environ au-dessus de la ligne de Nélaton-Boyer dans le mouvement d'adduction et de rotation en dedans. L'enfant endormi à l'aide du chloroforme, je fis une réduction, je veux dire un abaissement aussi grand que possible de la tête par les manœuvres de Paci et fis 6 piqûres de la solution de chlorure de zinc au 15e, 15 gouttes autour de l'articulation, le 30 novembre 1891. Il y eut une médiocre réaction. Bientôt un plastron ostéo-fibreux fut évident dans la zone injectée; néanmoins, craignant que l'action ne fût insuffisante, je fis, le 18 décembre, une 2e injection, cette fois au 10e et d'une trentaine de gouttes. En même temps, j'injectai volontairement quelques gouttes du liquide dans la partie supérieure de la *synoviale*. Il y eut une réaction articulaire marquée, mais nullement inquiétante. L'enfant resta soumise à l'extension continue pendant 5 mois et marche depuis un an.

Aujourd'hui il est facile de constater que le champ de mouvement de la tête fémorale est restreint dans une étendue verticale de 1 cent. 1/2 environ, et que l'enfant marche facilement et sans claudication notable. Le raccourcissement du membre est de 1 cent. 1/2 environ. Je pense que chez les enfants jeunes, la méthode de choix est la méthode sclérogène; chez les plus âgés on pourra aussi l'essayer, car elle est inoffensive, quitte à recourir à l'opération sanglante en cas d'insuccès. J'attache une grande importance à l'abaissement préalable de la tête par les manœuvres de Paci.

M. le Dr Mirowitch (de Paris) lit une observation de *tuberculose guérie par la méthode sclérogène.*

M. Berlin (de Nice). — *Grosse tumeur de l'ovaire ayant déterminé une torsion de l'utérus et nécessité l'hystérectomie.* — Il a enlevé récemment par la laparotomie une grosse tumeur abdominale qui présentait certaines particularités intéressantes. Cette tumeur s'était développée dans l'espace de quatre mois seulement et ce temps lui avait suffi pour remplir toute la cavité abdominale et pour amener une altération profonde de la santé générale. Son contenu n'était pas celui des kystes ovariques ordinaires; il n'y avait pas de poches liquides volumineuses, mais une énorme quantité de tissu lardacé dur infiltré par places d'une matière gélatineuse épaisse. Le travail d'évidement qu'il a fallu pratiquer avant de pouvoir amener la tumeur hors du ventre a été des plus laborieux. L'examen migrographique n'a pas encore été fait; il s'agit vraisemblablement d'un sarcome kystique. La tumeur était développée dans l'ovaire; mais, sans que rien puisse expliquer ce fait bizarre, elle s'était dirigée successivement en arrière, puis à droite, entrainant dans cette évolution le bord gauche de l'utérus et faisant exécuter à ce dernier organe une rotation très nette de 180° autour de son axe vertical, la face antérieure de l'utérus regardait directement en arrière et *vice versa*; et, pendant la plus grande partie de l'opération, personne ne pouvait se douter qu'il ne s'agissait pas

d'une tumeur des annexes droites. La véritable disposition n'a été reconnue que quand il s'est agi d'attaquer le ligament large situé à gauche; les annexes s'y présentaient dans l'ordre suivant : le ligament rond en arrière, la trompe au milieu, et, accolé au bord antérieur de celle-ci, l'ovaire; c'était donc le ligament large du côté droit, tordu, qui se trouvait transporté à gauche. La vessie avait subi une torsion parallèle. Enfin, dernière particularité, la partie inférieure de la tumeur était fusionnée si intimement avec le bord gauche de l'utérus et le cul-de-sac vaginal que M. Berlin a dû se résoudre à pédiculiser en bloc la tumeur et l'utérus, par une ligature élastique; le pédicule a été fixé hors du ventre par des broches; le traitement intra-péritonéal n'aurait pas été prudent, à cause de la nature suspecte de la tumeur et des risques d'inoculation au péritoine. Les suites de l'opération ont été complètement simples jusqu'ici. L'opération date de trois semaines.

M. Largeau (de Niort). — *Kystes ovariques jumeaux et ovariotomie double sans chloroforme.* — S'il est fréquent de rencontrer de petits kystes dans les deux ovaires, il est assez rare d'en trouver de très grands. Au cours d'une ovariotomie, après avoir enlevé un grand kyste de l'ovaire droit, je me suis aperçu que je n'avais fait exactement que la moitié de l'opération et qu'un grand kyste, symétrique absolument, se trouvait à gauche. J'ai fait la seconde ovariotomie sans plus de difficulté que la première. Les deux kystes avaient pour origine le hile de l'ovaire ou les ligaments larges et ils avaient vraisemblablement une origine congénitale. Un autre point intéressant et sur lequel je veux insister davantage, c'est que j'ai fait l'opération sans chloroforme, parce que la malade avait une affection cardiaque et redoutait beaucoup l'opération. J'avais déjà fait l'ovariotomie, sans chloroforme, au mois de mai 1891. J'en avais fait ultérieurement deux autres plus difficiles et une hystérectomie abdominale avec pédicule externe pour des fibromes pesant 13 livres. Je m'étais aperçu ainsi que le péritoine est très peu sensible, comme on le sait déjà, et qu'on peut, sans douleurs vives pour la malade, mener à bien ces grandes opérations. Les suites n'en sont que meilleures, et je crois qu'on doit y recourir quand les malades atteintes d'affections cardiaques ou rénales ne peuvent subir sans grand inconvénient l'intoxication chloroformique.

M. le Dr Duchastelet (de Paris) a étudié les phénomènes qui se passent dans la vessie pendant l'*opération de la lithotritie* et a trouvé que l'*aspirateur* actuel était un instrument beaucoup trop complexe. Il l'a modifié, simplifié, et présente aujourd'hui plusieurs modèles très ingénieux.

M. le Dr Danion (de Paris). — *Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électricité.*

M. le Dr Timmermans (de Paris-Plage). — *Ankylose double suite de coxalgie double. Double ostéotomie. Succès opératoire et fonctionnel complet.*

M. Le Clerc (Saint-Lô) communique trois observations de *complications chirurgicales de la grippe.* — La première observation se rapporte à un abcès musculaire du biceps brachial. Elle a trait à une enfant de 7 ans 1/2 observée au commencement de 1891. Douze jours avant de tomber malade, cette fillette avait fait une chute sur le bras gauche. Une quinzaine de jours après la guérison de sa grippe, en jouant elle éprouva une torsion du même bras. Seize jours après, développement d'un abcès occupant toute la loge bicipitale; ouverture en deux points; drainage. Guérison. Revue au bout d'un an, l'enfant se servait de son bras comme auparavant. La deuxième observation est celle d'un homme de 44 ans, alcoolique. Dans la convalescence d'une grippe sévère, compliquée de spléno-pneumonie, ce malade présenta dans la région massétérine gauche un gonflement inflammatoire qui aboutit à un abcès qui fut ouvert en juin 1890. Il persista une fistule, bientôt suivie de plusieurs autres. Au mois d'août, le malade réclama une intervention. Résection du maxillaire inférieur. Impossibilité d'exécuter le dernier temps de l'opération, torsion du maxillaire : toute la branche montante, réduite en miettes, ne laissa dans la main de l'opérateur que la branche horizontale. Cette branche horizontale était elle-même tunellisée dans sa partie centrale et pleine de pus. En somme, il s'agissait là d'une ostéomyélite du maxillaire ayant débuté par la branche montante. Les suites opératoires furent *a priori* très bonnes et, deux mois après l'opération, il ne restait plus qu'une fistulette insignifiante, lorsque le malade fut pris de lésions du foie et succomba dans le courant de janvier 1891. La troisième observation est celle d'un homme de 28 ans qui, au douzième jour d'une grippe gastro-intestinale prolongée, fut pris d'une gangrène gazeuse du périnée et des bourses. Cette gangrène avait débuté par un petit abcès du raphé périnéal, près de la marge de l'anus : au bout de cinq jours le malade succombait. Le Dr Le Clerc, à défaut de preuves anatomiques, discute le diagnostic de la fièvre typhoïde et de la grippe et admet cette dernière pour les raisons suivantes : absence de fièvre typhoïde dans le pays et, au contraire, existence de la grippe; le malade avait eu antérieurement une fièvre typhoïde ; la maladie avait débuté brusquement comme la grippe et, dans ses manifestations cliniques, rappelait plutôt la grippe. En présence de l'apparition de cette complication foudroyante, l'orateur se demande comment interpréter le développement de cette gangrène. Il suppose que le bacterium coli, qui peut engendrer des abcès périnéaux, peut aussi devenir septique. Comme conclusion pratique, il conseille d'intervenir largement au thermocautère dès qu'apparaissent les moindres signes d'une inflammation péri-anale dans le cours d'une maladie infectieuse telle que la grippe ou la fièvre typhoïde.

M. E. Schwartz (Paris). — *Cure radicale des hernies.* — Dans les cas de larges orifices et de très grosses hernies, il est absolument utile de consolider la région herniaire après la résection et la ligature du collet du sac. On s'est servi dans ce but de la peau, de tampons organiques de catgut, de plaques d'os oui ou non décalcifié, etc. Nous avons eu à proposer et à faire il y a quatre mois une cure opératoire pour une grosse hernie crurale, la plus volumineuse certes que nous ayons pu observer. Nous ne dirons de l'observation que quelques mots. Il s'agissait d'une hernie présentant le volume d'une tête de fœtus à terme, occupant toute la moitié de la vessie, sortant par un anneau défoncé qui laissait passer largement deux travers de doigt, impossible à contenir quoique facilement réductible. Voici le procédé que j'imaginai après avoir pratiqué l'opération d'après le procédé usuel. Pour fermer la large brèche crurale, je disséquai un lambeau emprunté au moyen adducteur; je le renversai de bas en haut sur l'anneau ouvert, le suturai à tout son pourtour, puis refermai par des points de suture multiples toute la fosse laissée vide par la hernie. L'opération date de quatre mois et notre opéré, quoique n'ayant pas porté le bandage de soutien que je lui avais prescrit, présente au niveau de l'anneau une paroi souple et résistante qui n'a pas bougé depuis le jour de sa sortie. Cette résistance contraste avec la faiblesse de sa paroi immédiatement en dehors au niveau de la gaine des vaisseaux fémoraux. Ce procédé a été adapté par nous à la cure de la hernie inguinale. Voici comment nous opérons. La cure ordinaire faite, le collet du sac lié le plus haut possible et le sac réséqué, après division de la paroi intérieure du trajet ou de l'anneau, si cela est nécessaire, nous ouvrons la gaine du grand droit par une incision le long de son bord externe. Nous détachons de ce muscle un large lambeau à pédicule inférieur comprenant la moitié ou le tiers de son épaisseur et nous le rabattons en bas en le faisant passer derrière le pilier interne de l'anneau. Il est suturé sur le trajet ou l'orifice laissant passer le cordon au-dessous de son bord inférieur par quelques points à la soie; on referme à la soie les piliers en les unissant au muscle inséré sous eux ; on referme la gaine à droite et l'opération se termine comme habituellement. La plus ancienne de nos opérations ne date que de deux mois; il nous est impossible de vous donner des résultats ayant quelque valeur, nous nous réservons de suivre nos malades et de compléter leurs observations.

Présentation d'instruments.

M. le Dr A. Reverdin (de Genève). — *Présentation d'un appareil de fixation pour opérations périnéales* (1).

M. le Dr Legueu (de Paris). — *Valves spéciales pour l'opération de la taille.*

(1) Voir *Arch. Prov. de Chir.*, n° 4, 1892.

M. le Dr Péraire (de Paris). — *Plan incliné portatif pour les opérations abdominales.*

M. le Dr Petit (de Paris). — *Appareil contre la scoliose au début « La Marcheuse orthopédique. »*

M. le Dr Mally (de Paris) — *Étuve destinée à stériliser les instruments de chirurgie par immersion dans un liquide chauffé à l'air libre et à haute température* 115°-135°.

M. Desnos (Paris). — *Modification de la sonde de Cusco.* — On sait que la sonde de Cusco consiste en une sonde métallique à grande courbure dont le pavillon et la partie courbe sont reliés par un ressort d'acier, ce qui rend cette partie souple et mobile. Dans la sonde modifiée la courbure est petite et la partie mobile rapprochée le plus près possible du bec, ce qui permet à celui-ci de suivre les irrégularités d'une prostate hypertrophiée.

M. Desnos. — *Uréthrotome pour les rétrécissements larges.* — La saillie de la lame se pratique suivant le mécanisme de l'uréthrotome d'Albarran; mais au niveau de la saillie de cette lame existe un pas de vis sur lequel on peut visser des olives de différentes grosseurs, correspondant aux divers numéros de la filière. On peut ainsi sectionner très exactement une bride, ayant toute facilité pour la reconnaitre et la mettre en tension. Marcel Baudouin.

VARIA

L'adduction des eaux de la Vigne et de l'Avre.

Tous ceux qui ont à cœur le souci de l'hygiène parisienne ont salué avec joie la semaine dernière l'inauguration de la mise en service des eaux de la Vigne et de l'Avre et se sont réjouis de penser que grâce à ce supplément d'eaux de source nous verrions bientôt diminuer la fièvre typhoïde et disparaître ces épidémies de choléra qui, dans les années sèches comme 1892, ont encore fait de trop nombreuses victimes. Il n'est pas sans intérêt d'entrer à ce sujet dans quelques détails. M. Bourneville a montré l'année dernière, ici même, la part que le regretté Durand-Claye avait prise à l'assainissement de Paris, nous sommes heureux de pouvoir parler à notre tour de ceux qui ont si brillamment contribué à poursuivre l'exécution du plan général qu'il avait conçu et dans lequel l'approvisionnement de toute la population en eau de source tenait la plus large place avec l'évacuation rapide des matières usées par l'emploi du tout à l'égout. On sait par quels événements l'achèvement de cette seconde partie de son œuvre a été retardée, elle n'est pas encore un fait accompli, mais il faut rendre cette justice à l'administration municipale de ces dernières années, qu'elle a déployé une grande énergie pour activer les travaux qui restent à accomplir.

Remontons maintenant dans l'histoire de ces travaux. En 1885, le service journalier de la ville était assuré par 340.000 mètres cubes fournis par la Vanne, la Dhuys et l'Ourcq. On se mit à cette époque à la recherche de nouvelles sources, et, vers la fin de l'année, un employé du service des eaux, M. Cramoison, signalait à l'attention de l'administration la Vigne, petit affluent de l'Avre. Cette découverte ne fut point ébruitée, les sources de la Vigne et de l'Avre furent achetées par un autre agent de l'administration, M. Braine. Pendant ce temps l'ingénieur Cousch poursuivait activement l'étude de ces eaux et constatait que les sources fournissaient un rendement journalier de 100.000 mètres cubes. Mais la mort vint le surprendre au milieu de ses travaux et on lui donna pour successeur M. Humblot qui, attaché depuis 1866 au service des eaux, avait été chargé du captage des sources de la Vanne sous la direction de Belgrand. En 1890 on put enfin commencer les travaux, et il faut reconnaitre qu'ils ont été menés avec une remarquable activité. L'eau captée est fournie par quatre sources situées à peu de distance les unes des autres; les sources du Breuil, des Graviers, Erquy et Foury. Les bassins de captage sont réunis à un aqueduc commun, tantôt apparent, tantôt en souterrain et formé d'une conduite bétonnée cylindrique de 1 mètre 70 de diamètre et de 0.20 centimètres d'épaisseur. La traversée de la vallée de l'Eure se fait sur un pont à petites et nombreuses arches. Chemin faisant, d'autres vallées sont franchies à l'aide de siphons, dont les longues branches ne mesurent pas moins de 50 mètres en hauteur. Cette conduite maçonnée aboutit au-dessous du plateau de Montretout, à deux conduites en tôle d'acier s'ouvrant perpendiculairement dans un bassin quadrangulaire recouvert d'un petit kiosque de fer à parois de verre. C'est la bâche d'arrivée.

De cette bâche l'eau descend en double cascade dans une seconde bâche dite de distribution d'où elle pourra être emmagasinée dans les trois grands réservoirs dont un seul est maintenant construit, mais par ses proportions grandioses rassure sur le sort des parisiens pour cet été. Il est constitué par une salle carrée de 140 mètres en long et en large sur 5 mètres de hauteur, les voûtes légères qui plafonnent ce réservoir, au lieu d'être d'une seule pièce comme celle du réservoir de Ménilmontant, sont fractionnées par petites arcades reposant sur des piliers en moellon couverts d'un revêtement de ciment au nombre de 772. Quand on parcourt ce vaste hall on se croirait dans les catacombes ou dans quelque hypogée orientale, il y a là une promenade à ménager pour nos visiteurs de 1900. L'effet des guirlandes de lampions multicolores dans ce fouillis de colonnes, cependant très régulièrement alignées, est inoubliable. Un point curieux encore de cette partie de la construction, c'est qu'elle n'est pas creusée dans le sol, mais au contraire élevée sur un terrain préalablement nivelé puis recouverte ensuite d'une légère couche de terre qui protège l'eau contre sa chaleur et pourra être recouverte d'un jardin qui constituera certainement un grand centre d'attraction pour les promeneurs.

De ces réservoirs, l'eau, qui peut aussi être envoyée directement à Paris par une conduite indépendante, descend par des conduites de 1 mètre 10 à une chambre de raccord, passe sous les lignes du chemin de fer de Versailles et du Champ de Mars, dans des conduites de 1 mètre 50 en tôle d'acier, et rejoint la passerelle de Longchamps sur laquelle elle traverse la Seine pour rejoindre sous la chaussée du boulevard d'Auteuil la conduite qui l'amène à l'intérieur de Paris.

Pour le jour de l'inauguration on avait installé le long de la passerelle deux conduites aboutissant à des robinets Gibeau à travers desquels on a pu faire partir de superbes jets d'eau que rendaient encore plus merveilleux les rayons du soleil irisant les gerbes jaillissantes de toutes les couleurs de l'arc-en-ciel.

Espérons qu'on gardera ce dispositif pour des fêtes nautiques à venir et que nous n'aurons pas été les seuls à voir les plus hauts jets d'eau qu'on ait encore obtenus jusqu'ici.

Ce qu'il faut retenir de l'examen de cette admirable construction, c'est que, malgré les difficultés techniques présentées par la nature ou le relief des terrains qui ont obligé dans certaines parties à creuser des puits, dans d'autres à parer à l'éboulement continuel du sable dans lequel la tranchée s'ouvrait, la conduite a pu être installée en moins de 2 ans et n'a coûté que 35 millions. C'est peu pour un travail de cette envergure et cela est tout en faveur de ce nouveau système de siphons de beaucoup préférable au vieux système des aqueducs.

L.-R. Regnier.

Exposition internationale d'Hygiène au Havre.

Une exposition sera ouverte au Havre, dans le Jardin de l'Hôtel de Ville, à partir du 12 août prochain. Cette exposition sera divisée en 8 classes, savoir : Classe I. Plans, modèles, matériel intéressant la bonification du sol et l'assainissement des villes. Classe II. Plans, appareils, matériel pour le service hygiénique des villes. Classe III. Plans, matériaux, modèles de constructions hygiéniques. Classe IV. Appareils et matériel pour le service hygiénique dans l'intérieur des habitations et des édifices publics et collectifs. Classe V. Plans, modèles, appareils et institutions pour l'hygiène de l'ouvrier. Classe VI. Plans, matériel pour l'assistance publique et autres. (Plans d'hôpitaux et d'hospices, ambulances, crèches, maternités. Plans de salles d'opérations. Appareils et mobilier pour les salles d'opérations et pour la stérilisation des instruments, etc. Appareils de transports et de secours aux blessés. Matériel et mobilier pour les hôpitaux, hospices, maternités, etc. Eaux minérales.) Classe VII.

Livres, atlas, photographies, [illegible] de publication récente, ayant rapport à l'hygiène et à la salubrité. Classe VIII. Hygiène maritime. [illegible] sanitaires maritimes. Modèles [illegible] dans les ports. Plans et modèles pour [illegible]. Matériel de sauvetage pour [illegible].

Les emplacements seront fournis par le Comité. Les exposants seront tenus de participer aux frais généraux, construction des hangars, etc., [illegible] d'un droit de place. Les personnes qui se proposent de concourir à l'Exposition devront en faire la demande à M. [illegible], secrétaire du Comité d'organisation, à l'Hôtel de Ville du Havre, avant le 1er juin prochain, terme de rigueur. Le Comité statuera sur les demandes qui lui parviendront; il se réserve le droit d'exclure les produits qui, par leurs qualités, leur valeur, leur nature ou leurs défectuosités, paraîtraient nuisibles ou dépasseraient le but de l'Exposition.

Collège de France.

Programme des cours du second semestre 1893 (1).

Médecine. M. Brown-Séquard, membre de l'Institut, Académie des Sciences, traitera des *actes élémentaires qui se montrent dans l'organisme animal pendant la vie et après la mort*, les mardis et jeudis, à cinq heures. — *Histoire naturelle des corps inorganiques.* M. Fouqué, membre de l'Institut, Académie des Sciences, exposera et commentera les *principaux ouvrages récents des pétrographes américains*, les [illegible] et jeudis, à neuf heures. — *Histoire naturelle des corps organisés.* M. Marey, membre de l'Institut, Académie des Sciences, professeur, M. François Franck, suppléant, traiteront de l'*influence comparative du système nerveux et des poisons organiques sur les vaisseaux sanguins*, les mercredis et vendredis, à trois heures et demie. — *Embryogénie comparée.* M. Balbiani, professeur, examinera la *Théorie de Boveri concernant la fécondation*, les mercredis et samedis, à deux heures. — *Anatomie générale.* M. Ranvier, membre de l'Institut, Académie des Sciences, professeur, M. Malassez, remplaçant, s'occuperont des *Globules rouges du sang*, les mardis et vendredis, à cinq heures. — *Psychologie expérimentale et comparée.* M. Th. Ribot étudiera, les lundis, à trois heures un quart, la *Psychologie des sentiments*; les jeudis, à la même heure, les *Images et l'imagination active*. — *Histoire générale des sciences.* M. Pierre Laffitte traitera de la *Théorie de la science abstraite* et de l'*Evolution mathématique de l'astronomie en Grèce*, les mardis et les samedis, à deux heures.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris

LUNDI 24. — Dissection : MM. Marchand, Delbet, Retterer. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*), (1re *série*) : MM. [illegible], Ricard, Gaucher. — (2e *série*) : MM. Straus, Reynier, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Dejerine, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lejars, Varnier.

MARDI 25. — Dissection : MM. Guyon, Schwartz, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Joffroy, Remy, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tarnier, Nélaton, Quénu. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. 1re *série* : MM. Le Fort, Panas, Albarran. — (2e *série*) : MM. Duplay, Le Dentu, Brun. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Dieulafoy, Charrin.

MERCREDI 26. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Delbet, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. [illegible], Retterer, Sébileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Tillaux, Ricard, Lejars. — (2e *série*) : MM. Reynier, Jalaguier, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Potain, Chauffard, Marie.

JEUDI 27. — Dissection : MM. Le Fort, Nélaton, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. [illegible], Quénu. — (2e *partie*) : MM. Pouchet, Gley, Roger. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Bar, Albarran.

VENDREDI 28. — Dissection : MM. [illegible]. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*), (1re *série*) : MM. [illegible], Reynier, Netter. — (2e *série*) : MM. [illegible], Retterer, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. MM. [illegible], Ricard, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Potain, [illegible]. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque. MM. Pinard, Jalaguier, Varnier.

SAMEDI 29. — Dissection : MM. Le Fort, [illegible], Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. [illegible]. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Roger, [illegible]. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu, (1re *série*) : MM. Du[illegible]

(1) MM. les Lecteurs et Professeurs [illegible] lundi 10 avril 1893.

play, Nélaton, Albarran. — (2e *série*) : MM. Panas, Schwartz, Brun. — (2e *partie*) : MM. Bouchard, Ballet, Gilbert. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

JEUDI 27. — M. Labitte. Etude sur le traitement chirurgical des conjonctives granuleuses. — M. Drappier. Contribution à l'étude du plancher pelvien et de la cavité prévésicale. — M. Per[illegible]. Etude expérimentale sur la condurangine. — M. de La Niece. Contribution à l'étude de l'hématocèle post-opératoire. — M. De[illegible]. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'ovaire. — M. Leroux. Contribution à l'étude des lésions dans l'intoxication mercurielle. — M. Taillard. Sur les complications et le traitement des abcès de la coxalgie. — M. Levraud. Marennes et ses environs. (Essai d'hygiène et de topographie médicale).

VENDREDI 28. — M. Roques. Contribution à l'étude de l'influence de la folie sur les maladies incidentes. — M. Malapert. Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, ancien chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la Charité, recommencera son cours pratique de technique microscopique et de manipulations le jeudi 27 avril, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit 17, rue du Louvre, de midi et demi à une heure et demie.

Maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles. — M. le Dr CASTEX reprendra son cours à sa Clinique, 52, rue Jacob, le mardi 2 mai, à 3 heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure. Examen des malades et opérations à partir de 3 h. 1/2. On s'inscrit, 52, rue Jacob, les mêmes jours, de 3 h. à 5 h.

FORMULES

XXII. — Traitement du psoriasis et de l'eczéma par le Gallanol.

MM. Cazeneuve et Etienne Rollet (de Lyon) ont étudié un agent chimique nouveau qu'ils ont nommé le Gallanol. Ce corps se rapproche par sa composition de l'acide pyrogallique; mais il a l'avantage de n'être nullement toxique. Il donne d'excellents résultats dans l'eczéma chronique et le psoriasis. Voici ses différents modes d'application :

Poudre de gallanol.

Poudre de gallanol. . . .	10 grammes.
Poudre de talc.	30 —

On peut également l'employer en pommade sur les surfaces exulcérées :

Gallanol.	1, 4 ou 10 grammes.
Vaseline	40 —

Contre l'eczéma chronique rebelle et surtout le psoriasis, après décapage au savon noir, badigeonnages des surfaces malades avec un mélange de traumaticine et de gallanol, ou badigeonnages au pinceau d'un mélange d'alcool et de gallanol recouvert de [illegible] (*Ann. de Dermat. et de Syphil.*, avril 1893).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 9 avril 1893 au samedi 15 avril 1893, les naissances ont été au nombre de 1262 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 490, illégitimes 167, Total 657. — *Sexe féminin* : légitimes, 448 ; illégitimes 157, Total, 605.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,[illegible]10 habitants, y compris 18,[illegible]80 militaires. Du dimanche 9 avril 1893 au samedi 15 avril 1893, les décès ont été au nombre de 1[illegible]2 savoir : 798 hommes et 824 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 5, T. 9. — Typhus : M. 5, F. 1, T. 6. — Variole : M. 1, F. 3, T. 4. — Rougeole : M. 9, F. 10, T. 19. — Scarlatine : M. 3, F. 2, T. 5. — Coqueluche : M. 10, F. 16, T. 26. — Diphtérie. Croup : M. 13, F. 19, T. 3[illegible]. — Grippe : M. 31, F. 25, T. 56. — Phtisie pulmonaire : M. 139, F. 108, T. 247. — Méningites tuberculoses : M. 11,

F. 8. T. 19. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 1. T. 13. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3, T. 4 — Tumeurs malignes : M. 14, F. 36, F. 50. — Méningite simple : M. 18, F. 14, T. 50. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 29, F. 25, T. 54. — Paralysie, M 3, F. 7, T. 10 — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 6, T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 40, F. 58, T. 98. — Bronchite aiguë : M. 22, F 32, T. 54 — Bronchite chronique. M. 23 F 29 T. 52. — Broncho-Pneumonie : M. 44, F. 65. T. 109 — Pneumonie : M. 114, F. 103, T. 217. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 47, F. 69, T. 116. — Gastro-entérite, biberon. M. 22 F. 12, T. 34 — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 10, T. 16. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F 5, T. 9. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F 4, T. 4 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6 — Débilité congénitale : M. 22, F. 9, T. 31 — Sénilité : M. 13, F. 40, T. 53. — Suicides : M. 28, F. 11, T. 39. — Autres morts violentes : M. 12, F. 1, T. 13. — Autres causes de mort : M. 87, F. 77, T. 164 — Causes restées inconnues : M. 5, F. 4, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 41, illégitimes, 12. Total : 53. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 4. Total : 30.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours libre.* — M. le Dr Foveau de Courmelle est autorisé à faire, à l'Ecole pratique, un cours d'électrothérapie.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. BÉDARD, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, chef des travaux pratiques de physiologie à la dite Faculté, en remplacement de M. Lepage, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. FRÉBAULT, professeur de chimie et de toxicologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, membre du conseil général des Facultés, est nommé assesseur du doyen de la dite Faculté, en remplacement de M. Tourneux, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — Par arrêtés ministériels, en date du 30 mars 1893, les chaires de botanique et de zoologie de la Faculté des sciences de Grenoble sont déclarées vacantes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, la chaire d'anatomie descriptive de la Faculté de Médecine de Nancy est déclarée vacante.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Maternité à Saint-Antoine.* — Le Conseil municipal de Paris vient de décider *la création d'une nouvelle Maternité* à l'hôpital Saint-Antoine. Cette Maternité renfermera 62 lits. — *Chef de laboratoire du service de M. Hayem.* Le Conseil municipal a décidé la création d'un emploi de chef du laboratoire de M. Hayem (Saint-Antoine), au traitement annuel de 2.000 fr.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour le bureau central en chirurgie.* — La question donnée à l'épreuve écrite a été la suivante : *œsophage, rétrécissements non cancéreux de l'œsophage.* La lecture des compositions a commencé le 15 avril, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

Mutations. — M. le Dr E. Labbé, médecin de l'Hôtel-Dieu, M. le Dr Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, sont nommés, l'un médecin honoraire, l'autre chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris. M. le Dr Marie, médecin du Bureau central, devient médecin titulaire de l'hôpital Debrousse.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Un concours de *chirurgien-adjoint* des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira à l'hôpital Saint-André, le mardi 20 juin prochain. — Un concours de *médecin-adjoint* des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira à l'hôpital Saint-André, le mardi 4 juillet prochain.

HOSPICE LENOIR-JOUSSERAN. — Par décret en date du 18 mars 1893, rendu sur le rapport du président du conseil, ministre de l'Intérieur, est déclaré d'utilité publique le projet d'agrandissement de la maison de retraite Lenoir-Jousseran, fondée à Saint-Mandé (Seine) par l'administration générale de l'assistance publique de Paris au moyen de l'acquisition d'un terrain d'environ 3,000 mètres, sis avenue Victor Hugo, à Saint-Mandé, et contigu à l'asile. En conséquence, M. le Préfet de la Seine, agissant au nom de la ville de Paris et pour le compte de l'administration générale de l'assistance publique, est autorisé à acquérir, soit à l'amiable, soit par la voie d'expropriation, pour cause d'utilité publique, conformément à la loi du 3 mai 1841, le terrain dont il s'agit. Il sera pourvu à la dépense au moyen des fonds disponibles appartenant à la fondation Lenoir-Jousseran avec imputation sur le crédit ouvert au budget de l'assistance publique au compte de cette fondation, ainsi qu'il est indiqué dans la délibération du conseil de surveillance du 29 octobre 1891. — Nous avons autrefois, à propos de cette maison, montré les avantages du groupement des petites fondations de ce genre, autour de services généraux communs.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — *Concours pour les prix à décerner à MM. les Elèves internes en Pharmacie des Hôpitaux et Hospices.* — Le lundi 29 mai 1893, à midi précis, il sera ouvert, dans l'Amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, un Concours pour les prix à décerner aux Elèves internes en pharmacie des Hôpitaux et Hospices. MM. les Internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les Internes en pharmacie des Hôpitaux et Hospices sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de onze à trois heures, du lundi 1er mai au samedi 13 du même mois inclusivement.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. LACROIX, docteur ès sciences naturelles, lauréat de l'Institut, est nommé professeur de minéralogie au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Descloizeaux, admis à la retraite.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — *Legs Fauvelle.* — Le président du comité central de la Société d'anthropologie de Paris, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 21 juin 1864, est autorisé à accepter au nom de la dite Société, aux clauses et conditions imposées par le testateur, le legs que lui a fait le Dr Louis-Jules Fauvelle, d'une rente annuelle de 667 fr. en rente 3 0/0 sur l'Etat français, pour constituer, tous les trois ans, un prix de 2.000 fr. à titre de récompense ou d'encouragement à tout travail inédit, comme ouvrage spécial, sur la structure du système nerveux ou l'étude des manifestations de la force connue sous le nom d'influx nerveux. Ces travaux devront concourir au but que s'était proposé le Dr Fauvelle dans ses diverses communications à la dite Société.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'Hygiène sociale* ; professeur, M. le Dr A.-J. MARTIN. — La conférence pratique du dimanche 16 avril a eu lieu aux laboratoires de l'Observatoire municipal de Montsouris, annexe Est de l'Hôtel de Ville (caserne Lobau, 2, rue Lobau), à 9 heures 1/2 précises du matin. Elle a été consacrée à l'étude analytique des diverses eaux consommées à Paris. — La conférence pratique du dimanche 23 avril 1893 aura lieu à la Verrerie de MM. Appert, à Clichy. *Départ* : Gare Saint-Lazare, 9 h. 20, pour la station de Clichy-Levallois.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Le tramway des hôpitaux militaires à Lyon.* — Nous avons signalé jadis une innovation du gouverneur militaire de Lyon. Il s'agissait de l'emploi des tramways qui sillonnent les principales artères de la partie basse de la ville de Lyon. L'idée a été développée. La semaine dernière, le général Berge et les médecins principaux Albert et Viry ont inauguré un nouveau tronçon de voie ferrée qui, se reliant à la ligne des quais du Rhône, sur lesquels s'élève l'hôpital militaire principal (Desgenettes), conduit à l'intérieur de ce grand établissement. Un wagon spécial analogue aux voitures d'ambulance prend les malades dans les deux grands quartiers de la place, la Part-Dieu, où sont de l'infanterie et trois régiments de cavalerie, et le fort Lamothe, où sont deux régiments d'infanterie, et les conduit sans secousse à l'hôpital. Pour qui sait combien est dur le transport en voitures d'ambulance sur le pavé de nos villes, il y a là une amélioration immense. Il faut souhaiter que Lyon ne soit pas seul à profiter de ce système. Dans beaucoup de villes, comme Le Mans, pour n'en citer qu'une, les tramways passent à proximité des casernes et permettraient d'assurer un service rapide et économique. A Paris même, on avait prévu un tramway spécial pour conduire les malades au grand hôpital militaire projeté pour remplacer les hôpitaux Saint-Martin et du Gros-Caillou.

Le dernier examen du volontariat pour les étudiants en médecine. — Cette année, pour la dernière fois, aura lieu l'examen imposé aux engagés conditionnels d'un an. Seuls pourront y prendre part les jeunes gens de la classe 1891 qui, s'étant présentés à l'engagement conditionnel en 1889, ont été refusés par les commandants de recrutement pour inaptitude physique et ajournés par le conseil de revision les années suivantes. Les seuls corps qui recevront des engagés conditionnels seront l'infanterie et l'artillerie ; toutefois, les étudiants en médecine et en pharmacie seront, dans les mêmes conditions que par le passé, admis à remplir, pendant leur année de service, les fonctions dévolues aux médecins et pharmaciens auxiliaires. Les sursis continueront à être accordés jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans.

Inspection des corps d'armée. — Ont été désignés pour procéder, en 1893, à l'inspection générale des arrondissements du service de santé. 1er arrondissement : M. le médecin inspecteur général Colin. IIe arrondissement, M. le médecin inspecteur Dauvé.

IVe arrondissement, M. le médecin inspecteur Mathis. Ve arrondissement, M. le médecin inspecteur Mathieu. VIe arrondissement, M. le médecin inspecteur Boisseau. VIIe arrondissement, M. le médecin inspecteur Fée. VIIIe arrondissement, M. le médecin inspecteur Morache. IXe arrondissement, M. le médecin inspecteur Guillemin Arrondissement pharmaceutique : M. le pharmacien inspecteur Marty; M. le médecin inspecteur chargé de l'inspection générale du IIIe arrondissement du service de santé sera désigné ultérieurement. — Par décision ministérielle, en date du 22 mars 1893, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir : M. le médecin principal de deuxième classe Roux, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Limoges (médecin chef); MM. les médecins-majors de première classe Cottel, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Aix (médecin chef); Chupin, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Famechon pour le 130e d'infanterie; Louis pour le 152e d'infanterie. MM. les médecins-majors de deuxième classe Groynot, pour le 77e d'infanterie; Cardot, pour le 10e bataillon d'artillerie de forteresse; Gauthier, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied; Benac, pour le 130e d'infanterie; Peradon, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; Odile, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. MM. les médecins aides-majors de première classe Augry, pour le 33e d'artillerie; Leclerq, pour le 1er régiment de spahis. M. le médecin aide-major de deuxième classe Roqueplo, pour le 55e d'infanterie.

Manœuvres d'automne 1893. — Des exercices spéciaux du service de santé auront lieu à l'automne prochain au Mans, à Limoges et à Nantes. L'an dernier, les formations sanitaires de campagne, les ambulances divisionnaires, les hôpitaux de garnison, les trains d'évacuation, la relève des blessés sur les champs de bataille ont fonctionné successivement à Lyon, à Rennes, à Toulouse et à Bordeaux, pour tous les rouages du service hospitalier d'un corps d'armée mobilisé. Officiers d'état-major, médecins de l'armée active, de la réserve et de l'armée territoriale, pharmaciens militaires, officiers d'administration, des hôpitaux et du train des équipages, ingénieurs des chemins de fer, membres des Sociétés de secours, sous-officiers des sections d'infirmiers, assisteront en grand nombre à ces manœuvres sanitaires. La Presse médicale les suivrait avec grand intérêt, si elle était invitée officiellement.

Mesures contre le typhus. — Bien qu'aucun cas de typhus exanthématique n'ait été signalé dans l'armée et les établissements pénitentiaires militaires, le général Loizillon, ministre de la guerre, a demandé au comité technique de santé de l'armée de rédiger une instruction pratique très détaillée sur les mesures prophylactiques à prendre pour éviter tout danger de contamination. Le médecin inspecteur général Colin, président du comité technique, a remis au ministre le rapport demandé, et ces instructions viennent d'être portées à la connaissance des commandants de corps d'armée par la direction du service de santé.

MÉDECINS-INSPECTEURS DES ENFANTS DU PREMIER AGE. — Dans sa séance du 29 mars, le Conseil général, sur le rapport de M. Caumeau, a voté qu'à partir du 1er janvier 1893, les médecins-inspecteurs du service de la protection du premier âge formeraient une classe unique, au traitement de 3.000 francs.

INSPECTEURS DES ENFANTS-ASSISTÉS. — Mme Vve Ball vient d'être nommée inspectrice des Enfants Assistés du département de la Seine.

MÉDECINS DES ECOLES. — *Ecole Diderot.* — Par arrêté préfectoral en date du 4 mars 1893, ayant effet du 1er janvier, M. Pouget (Marie-Joseph-Paul), docteur en médecine, demeurant à Paris, est nommé médecin de l'école Diderot.

XIe CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE ROME. — M. le médecin en chef de la marine Rouvier est désigné pour représenter le département de la marine au 11e Congrès médical international de Rome. — MM. les médecins principaux Fontorbe et Burot sont désignés pour remplir les fonctions de professeur suppléant, à l'école annexe de Rochefort, le premier du cours de chirurgie militaire et navale, le second du cours de pathologie exotique et d'hygiène navale.

FUTURE CONFÉRENCE SANITAIRE A PARIS. — La conférence sanitaire de Dresde a rempli sa tâche. Avant que l'invitation à la conférence eût été lancée par l'Autriche-Hongrie et par l'Allemagne, on avait posé la question de savoir si on n'appellerait pas la conférence à régler à nouveau les mesures de quarantaine à prendre pour l'Orient, la Turquie, l'Asie-Mineure et la Perse. Mais, comme il paraissait désirable d'amener rapidement une entente pour les Etats européens en vue de la nouvelle épidémie cholérique qui menaçait de se répandre, et comme on ne pouvait éviter le terrain politique en étendant à l'Orient les questions à étudier et à résoudre, on était finalement convenu de ne pas traiter, à la conférence de Dresde, les mesures à prendre pour l'Orient, mais de réserver la discussion de ces mesures à une conférence spéciale. La France désire lancer les invitations pour cette conférence spéciale, qui, en conséquence, siégera à Paris. Le moment où elle se réunira n'est pas encore fixé.

EPIDÉMIES. — *Le typhus à Paris.* — Des décès causés par le typhus se sont produits encore à Nanterre. C'étaient des malades traités depuis le commencement de l'épidémie. A la prison de la Santé, il y a encore quelques cas suspects. Un cas suspect a été constaté à la Conciergerie. Dans toutes les autres prisons la situation sanitaire est excellente. Deux cas de typhus, dont un grave, se sont produits aux prisons de Versailles. Au Conseil d'Hygiène on s'est occupé du typhus qui sévit dans quelques prisons. Les Drs Dujardin-Beaumetz et Léon Colin estiment que l'épidémie est enrayée et que sa disparition est prochaine. Dans le rapport qu'ils ont rédigé sur cette question, ils établissent qu'à l'heure actuelle 84 cas d'apparence suspecte et nettement déterminés ont été relevés. Sur ce nombre, 30 décès se sont produits.

Le typhus à Lille. — L'épidémie de typhus qui sévit depuis quelque temps à Lille ne se propage pas, grâce aux mesures prises. Il y a actuellement en traitement à l'hôpital trente personnes.

Le choléra en Bretagne. — Le 3 avril, on a constaté deux cas foudroyants de choléra, suivis de mort, à l'asile d'aliénés de Quimper. Un autre décès cholérique s'est produit à Ergué-Armel. Ce sont les seuls cas signalés jusqu'ici dans la région. Ils n'ont aucun caractère épidémique. — Depuis on a constaté quelques nouveaux cas de diarrhée cholériforme à l'asile d'aliénés de Quimper. Il y a eu 5 décès. Des mesures énergiques ont été prises pour enrayer et circonscrire la maladie. On n'a constaté aucun cas dans la ville et dans le département.

La municipalité de Lorient a communiqué la note suivante: Divers journaux ont donné, sur la situation sanitaire de Lorient, des renseignements erronés. On a parlé de huit à dix décès, dans la même journée, dus à l'épidémie cholériforme. C'est une exagération manifeste. Il ne s'est jamais produit dix décès dans un jour, ni même dans une semaine. Depuis le commencement de mars, la moyenne des décès n'atteint même pas un par jour dans une ville qui compte plus de 42 000 habitants. Encore a-t-on presque toujours constaté que les personnes atteintes étaient déjà prédisposées à la maladie, par les privations, le défaut de soins hygiéniques ou l'âge »

L'influenza à Paris en 1774. — La cour d'assises de la Seine (session ordinaire) a failli chômer cette semaine pour cause d'influenza. Ce n'est pas la première fois, du reste, que l'influenza exerce ses ravages au Palais. M. Ph. Target a adressé, en effet, à ce sujet au *Figaro* la lettre suivante : « Vous avez bien raison de dire que l'influenza n'est pas nouvelle en France; à l'appui de cette remarque, je puis vous signaler un autre fait beaucoup plus ancien. Mon grand-père écrivait, chaque soir, les faits importants de sa vie. Empêché de terminer sa plaidoirie, en 1774, il en fait ainsi mention dans son journal : Parlement comme en vacance; procureurs avocats, magistrats, pris en grand nombre par l'*influenza*, fièvre dite de Hongrie. »

L'Influenza à Périgueux. — A la suite de l'épidémie de grippe qui sévit en ce moment dans la région, le grand séminaire de Périgueux et le petit séminaire de Bergerac ont été licenciés pendant quelque temps.

LA ROUGEOLE A ORLÉANS. — En raison d'une épidémie de rougeole, le préfet a pris, le mois dernier, un arrêté ordonnant le licenciement de tous les externats et internats d'Orléans.

MÉDECIN-DÉPUTÉ. — M. le Dr Chantelauze, républicain modéré, vient d'être nommé député de l'arrondissement de Brioude (Haute-Loire).

MÉDECINS CONSEILLERS MUNICIPAUX DE PARIS. — Sont nommés conseillers municipaux de Paris : MM. les Drs Lamouroux, rép., cons. sort. (quartier des Halles); Levraud, rad. soc., cons. sort. (quartier Saint-Ambroise); Navarre, autonomiste soc., cons. sort. (quartier de la Gare); Dubois, aut. soc., cons. sort. (quartier de la Santé); Brousse, docteur en médecine, cons. sort. (quartier des Epinettes).

MÉDECINS-CONSULS. — L'exequatur a été accordé à M. le Dr Senèque Viard, consul de la République d'Haïti à Saint-Etienne.

LES DUCS-MÉDECINS. — Charles-Théodore, duc de Bavière, qui, comme on sait, est médecin oculiste, a célébré le 7 avril, dans sa clinique de la rue Maria-Josepha, de Munich, une fête rare, au moins pour un duc : il a fait sa deux-millième opération de la cataracte. Pour donner à cet événement une solennité particulière, la duchesse Maria-Josepha, femme du duc, née princesse de Bra-Santa, et plusieurs autres princesses bavaroises s'étaient rendues à la clinique et ont prêté leur assistance à l'opérateur. Un assez grand nombre de médecins étaient également présents. La salle d'opérations avait été ornée de fleurs et d'arbustes par les sœurs attachées à l'établissement.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A été nommé officier d'Académie : M. Bou Median Ben Haliz, pharmacien, à Biskra (Al-

gérie), auteur d'importants travaux d'histoire naturelle. — A la séance de clôture du Congrès des Sociétés savantes, la Ministre a, au nom du gouvernement, remis les décorations suivantes : la croix de chevalier de la Légion d'honneur à M. le docteur Lemoine, ancien président de l'Académie nationale de Reims, membre des Sociétés médicale de Reims, géologique, botanique, zoologique et entomologique de France ; les palmes d'officier de l'instruction publique à M. le Dr Viallanes, directeur de la station maritime de la Société scientifique d'Arcachon.

RÉCOMPENSES. — Par arrêté ministériel en date du 24 mars 1893, M. le Dr Séguret (de Laissac) et M. Bompaire, externe des hôpitaux de Paris, ont reçu des médailles d'honneur en bronze, en récompense du zèle et du dévouement dont ils ont fait preuve au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi ... 1892 au mois de janvier 1893, à Grèzes, commune de Séverac-l'Eglyse (Aveyron).

MONUMENT DE QUATREFAGES. — Le Conseil général du Gard a voté un crédit de 1,000 fr. pour l'érection, à Valleraugue (Gard), d'une statue à de Quatrefages.

LA NATALITÉ EN FRANCE. — Le Conseil général du Gard a émis le vœu que « le législateur, se préoccupant de la faiblesse de la natalité en France, étudie les moyens d'y remédier. »

LA CUIRASSE EN ÉTOFFE. — L'inventeur de l'uniforme militaire qui doit rendre le soldat invulnérable a le sort de tous les inventeurs : on le discute. A Vienne, le Pr Billroth, interrogé sur la valeur du tissu invulnérable, a répondu qu'il ne croyait pas à l'efficacité de cette moderne cotte de mailles. Elle ne préserve ni la tête, ni les pieds, ni les mains. Or, les statistiques l'ont prouvé, la moitié des blessures reçues sur le champ de bataille atteignent la tête, les bras ou les jambes. Billroth n'est pas seulement incrédule ; il critique aussi le poids de l'uniforme qui est de six livres et le compare aux cotes de mailles des chevaliers du moyen âge. Eux aussi avaient des armures qui devaient résister à tous les coups ! Mais à mesure qu'ils perfectionnaient leurs armes et leurs cuirasses, les armuriers forgeaient des glaives et des lances qui avaient raison de la solidité des armes défensives.

CRÉATION D'UN SYNDICAT DE MAGNÉTISEURS. — Les membres de la Société magnétique de France se sont réunis dans le but de jeter les bases d'un syndicat de magnétiseurs professionnels. Le nombre des adhérents a été de vingt. Ce chiffre jugé suffisant, on a immédiatement procédé à l'élection d'un bureau. Ont été nommés : MM. Houssay, président ; Cavalhs et Lorenza, vice-présidents ; Martin, secrétaire ; Aufinger, trésorier. La nouvelle Association se propose de défendre la liberté du malade, aucune loi ne pouvant le contraindre à ne pas accepter les soins d'un simple amateur !! Le syndicat des magnétiseurs ne comprendra que des professionnels ; ses membres ne traiteront que par le magnétisme curatif ; ils s'engagent à ne « jamais employer de médicaments. » L'assemblée a décidé ensuite de se réunir à nouveau pour élaborer les statuts de la nouvelle société. Eh ! voilà qui promet !

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BRUN (Châtillon-sur-Indre). — M. le Dr TARDIEU (d'Orange). — M. le Dr F.-A. SALZER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine d'Utrecht. — M. le Dr Alessandro SOLIVETTI, professeur extraordinaire de psychiatrie à la Faculté de médecine de Rome. — M. le Dr James ROBERTSON, ancien lecteur de médecine à l'Ecole de médecine de Melbourne. — M. le Dr Laurence JOHNSON, professeur de clinique médicale à l'University of the City of New York. — M. le Dr COSSARD (de Blangy-sur-Bresle). — M. le Dr DEBAUGE (de Saint-Genix). — M. le Dr LAFONT (de Saint-Sozille). — M. le Dr J.-B. MORLOT (de Dijon). — M. WEHRWEIN..., chargé du cours de géologie à la Faculté des sciences de Nancy et directeur de l'Ecole professionnelle de l'Est. — M. Joseph LALLEMAND, externe à l'Hôtel-Dieu, est mort, cette semaine, du typhus exanthématique qu'il avait contracté au chevet d'un malade dans son service. Dès le début de sa maladie, M. Lallemand avait été isolé dans une chambre spéciale avec un personnel affecté à lui seul. Huit jours après, l'Administration centrale donnait l'ordre de faire transporter l'externe à l'Annexe de l'Hotel-Dieu. Ce transport s'expliquait par le danger qu'il y avait à laisser un pareil malade dans l'hôpital. La contagion était à craindre. M. Lallemand, à l'Annexe, n'aurait pas été mis avec les autres typhiques, a dit le directeur de l'Hotel-Dieu à un rédacteur du *Temps*; on aurait démoli des armoires et des placards inutiles dans une chambre pour pouvoir la lui donner ; mais, d'après une lettre de protestation adressée par les internes de l'Hotel-Dieu à la *Gazette des Hôpitaux*, notre jeune collègue aurait bel et bien été placé dans la salle commune, où il serait mort, au milieu des habitués du Dépôt. Les obsèques de M. Lallemand ont eu lieu mardi dernier, 18 avril, à ... heures et demie, aux frais de la Ville. Le corps a été transporté de l'Annexe de l'Hotel-Dieu à la gare Saint-Lazare, d'où il a été dirigé sur Cornon (Maine-et-Loire), où habite la famille de M. Lallemand.

Le ... EVILLE

PARIS. — ... RUE DE ...

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 17. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 29 AVRIL 1893.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — CLINIQUE DE M. LE Pr CHARCOT.

Arthropathies syringomyéliques (1).

Messieurs,

J'aurai à vous présenter aujourd'hui pour l'étudier avec vous un cas dont l'interprétation est, vous le reconnaîtrez, vraiment difficile et qui par conséquent, je n'en doute pas, excitera vivement votre intérêt.

Vous n'avez pas oublié comment dans une leçon précédente je me suis attaché à vous montrer que dans l'évolution des accidents de l'ataxie locomotrice les arthropathies tabétiques, ces grandes affections articulaires à évolution rapide qui aboutissent si fréquemment à la dislocation des jointures, peuvent, dans le processus morbide, marcher à l'avant-garde des autres symptômes du tabes et se montrer, au moins pour un temps, isolées du reste du cortège. Je vous ai fait voir comment en pareille circonstance le diagnostic pouvait, malgré la physionomie clinique si particulière de ces arthropathies, présenter des difficultés sérieuses, comment aussi ces difficultés pouvaient le plus souvent être aplanies par la recherche méthodique et la constatation de quelque autre symptôme de la série tabétique. Mais au lieu de rester dans les généralités toujours un peu vagues, j'aime mieux vous rappeler brièvement l'histoire d'un malade que nous avons déjà étudié ensemble et qui nous offre justement un exemple typique de ce que l'on pourrait appeler les arthropathies tabétiques *précoces*. Voici le fait :

Ce jeune homme, âgé de 29 ans, non syphilitique, mais fils d'alcoolique et petit-fils d'épileptique, fut pris tout à coup, en septembre 1891, tandis qu'il faisait ses « 28 jours », d'une sensation de gêne localisée au niveau des aines. Cette gêne s'accentua rapidement de telle sorte qu'au bout de trois jours, pendant lesquels le malade avait continué de marcher mais à grand'peine et en boitant, il tomba tout à coup, incapable d'avancer. Huit jours après, le médecin qui l'examina constatait l'existence de craquements très nets dans les deux hanches et diagnostiquait une double arthrite coxo-fémorale.

Lorsque nous vîmes le malade pour la première fois, trois mois environ après le début des accidents, il était à peu près dans l'état où vous le voyez aujourd'hui. Les articulations des hanches, bien que le sujet pût se tenir debout et même marcher en s'aidant d'une canne, étaient complètement disloquées. Il était facile de subluxer les têtes fémorales dans les fosses iliaques externes. Chaque mouvement qu'on imprimait au fémur s'accompagnait de gros craquements dans la jointure. Les trochanters rejetés en arrière et surélevés venaient presque au contact de la crête iliaque, le bassin était descendu dans son ensemble entre les fémurs qu'il avait écartés; enfin la taille du malade avait baissé de 6 centimètres, autant d'indices des altérations destructives considérables qu'avaient subi les extrémités osseuses articulaires. J'ajoute que ces arthropathies avaient évolué sans douleurs, sans fièvre, sans modification appréciable des parties molles avoisinant les jointures. En dépit des caractères très particuliers de cette double arthrite, le diagnostic en vérité ne s'imposait pas. Les réflexes rotuliens étaient conservés; il n'y avait pas d'incoordination motrice. Ce n'est que par un examen méthodique et un interrogatoire attentif du malade que nous avons pu découvrir les quelques autres symptômes qui nous ont permis d'affirmer l'origine tabétique de ces arthropathies. Les pupilles ne réagissaient plus à la lumière ; et puis le malade avait déjà ressenti dans ses membres inférieurs quelques douleurs lancinantes ; il accusait au niveau du front une sensation d'engourdissement et en explorant la sensibilité de cette partie de la face nous constatâmes qu'il y avait là un zone d'hypoesthésie. Ainsi il existait déjà à côté de l'affection articulaire qui semblait avoir été l'épisode initial de la maladie quelques indices significatifs.

Depuis cette époque les arguments probants se sont accumulés; le sujet a présenté successivement des troubles vésicaux (incontinence), puis une paralysie de la 3e paire ; enfin tout récemment des accès de spasme laryngé ; de telle sorte qu'il n'y a plus aucun doute à conserver. Très certainement il s'agit là d'arthropathies spinales tabétiques (1).

II

Nous voici maitenant en mesure d'aborder avec vous l'étude du malade qui fait l'objet principal de la leçon d'aujourd'hui. Il s'agit ici encore d'arthropathies destructives, à évolution rapide, ayant amené en quelques jours la dislocation de deux grandes articulations; et la question que nous aurons à nous poser est celle de savoir si nous avons affaire encore cette fois à un nouvel exemple d'arthropathie tabétique précoce ? Mais, me direz-vous, pourquoi ces doutes ? N'affirmiez-vous pas qu'alors même qu'elle apparait à l'extrême début de l'ataxie locomotrice l'arthropathie tabétique pouvait se distinguer presque à coup sûr en raison de ses caractères cliniques particuliers et de l'évolution très spéciale qu'elle présente ? Eh bien, Messieurs, la proposition produite sous cette forme serait certainement beaucoup trop absolue. En l'état actuel de nos

(1) Leçon recueillie par M. Dutil, chef de clinique.

(1) Voir l'histoire de ce malade dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1892, n° 3.

connaissances, il y a au moins une circonstance dans laquelle l'arthropathie des ataxiques peut être très exactement simulée jusque dans ses moindres détails, c'est le cas de la syringomyélie. Dans le cours de cette affection spinale on peut voir survenir non seulement des fractures spontanées comme on en voit fréquemment chez les tabétiques, mais aussi des arthropathies destructives à évolution rapide, parfois foudroyante et qui paraissent, autant qu'on sache quant à présent (car les notions que nous possédons à cet égard sont fondées sur la comparaison d'une trentaine de cas), ne différer en rien d'essentiel des athropathies tabétiques.

III

Les particularités du cas que je vais vous soumettre sont telles que la question de diagnostic qu'il soulève est précisément celle-ci : s'agit-il d'une arthropathie tabétique ou d'une arthropathie syringomyélique ?

Jules Daum... est âgé de 32 ans ; il exerce la profession de boucher. Son père et sa mère, qui tenaient un café en province, étaient, paraît-il, alcooliques. Le malade, lui, n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte, il n'a pas eu la syphilis ; il n'est pas rhumatisant. Voici quelle est l'histoire de sa maladie :

Il y a 7 ans (il était alors âgé de 25 ans), il fut pris subitement, et dans un état de santé en apparence parfaite, d'une hyperesthésie des talons telle que la plus légère pression exercée en ces points provoquait des douleurs insupportables. Le stationnement debout lui était donc impossible. Couché, il ne souffrait nullement. Cette hyperesthésie persista pendant quelques jours et disparut. Mais, à ce moment, le malade commença à ressentir, dans les articulations des membres inférieurs, puis des membres supérieurs, aux cous-de-pied, dans les genoux, les hanches, les épaules..., etc., des douleurs très aiguës, rapides, lancinantes, qui lui arrachaient des cris par leur violence et leur brusquerie. Ces douleurs étaient toutes spontanées. Elles n'étaient ni provoquées, ni influencées par les mouvements imprimés aux jointures non plus que par la pression, et le malade pouvait mouvoir ses membres sans aucune difficulté. Elles survenaient, en effet, sous forme de crises de durée variable, tantôt dans une articulation, tantôt dans une autre, et jamais (le malade est très affirmatif sur ce point) dans le corps des membres, ni dans le tronc, ni à la tête. Remarquez qu'il n'y avait aucun gonflement des jointures où siégeaient les douleurs, pas de fièvre, pas de modification de l'état général. Cette crise dura 3 mois. Depuis cette époque, le malade n'a pas cessé d'éprouver, de temps à autre, des douleurs de caractère fulgurant, mais isolées et pour ainsi dire discrètes, toujours au niveau des jointures.

En mai 1892, 7 ans après la première grande crise, éclate un nouvel accès de douleurs aiguës. C'est au début de cette dernière crise que le malade éprouva un jour, tandis qu'il travaillait, un vague sentiment de gêne dans le poignet droit. Il y porta son regard et remarqua non sans surprise, car il n'avait précisément pas souffert dans cette articulation, que le poignet était tuméfié. Le gonflement gardait un peu l'empreinte des doigts ; mais la pression n'y était pas douloureuse. Il cessa de travailler. Un mois après, le médecin qui lui donnait des soins s'aperçut que l'épaule droite était considérablement tuméfiée. Le gonflement de l'épaule s'était produit comme celui du poignet, sans aucune douleur. Il y avait un peu d'œdème autour de la jointure. Au bout d'un laps de temps que le malade ne peut préciser, l'infiltration des parties molles péri-articulaires s'est effacée. Mais les articulations intéressées (le poignet et l'épaule) se sont déformées peu à peu. Voici ce que l'on peut constater actuellement. Le poignet présente une déformation considérable. Il y a une subluxation du carpe vers la face antérieure des os de l'avant-bras. On peut réduire cette luxation en tirant fortement sur la main du malade, comme je le fais en ce moment, et cela sans provoquer aucune réaction douloureuse. Les extrémités osseuses sont augmentées de volume. On perçoit à ce niveau des craquements. Les parties molles sont en état normal (*Fig.* 23).



Fig. 23

Ces mêmes craquements, on les perçoit aussi au niveau de l'épaule droite. Cette articulation est également déformée ; elle est d'une mobilité excessive ; l'extrémité humérale est en quelque sorte flottante et l'on peut aisément la luxer sous l'apophyse coracoïde. L'articulation du coude n'est pas atteinte. Les surfaces articulaires ont conservé ici leurs rapports normaux. Mais par la palpation on découvre, dans le voisinage de cette jointure, deux corps étrangers, de consistance osseuse ; l'un paraît situé au-dessus du bec de l'olécrâne dans le tendon du triceps ; il est indépendant des extrémités articulaires et parfaitement mobile dans tous les sens ; l'autre, le plus volumineux, siège manifestement dans l'épaisseur du muscle triceps ; de forme allongée, il mesure 5 centimètres en longueur sur 4 centimètres en largeur (*Fig.* 24).

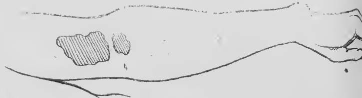


Fig. 24.

Voilà, n'est-il pas vrai, des arthropathies à évolution rapide, destructives, et qui offrent bien tous les caractères des arthropathies tabétiques. Elles ont été précédées et accompagnées de douleurs à type fulgurant. On pourrait à la rigueur, vous le voyez, s'en tenir là et déclarer que le tabes est ici en cause. Eh bien !

Messieurs, il n'en est rien. Ce n'est pas de tabes qu'il s'agit, mais de syringomyélie.

Avant d'entamer la discussion du cas, je dois vous faire connaître ce que l'on sait à l'heure actuelle sur ce genre d'arthropathies. Vous n'ignorez pas ce qu'est la syringomyélie anatomiquement et cliniquement. Je vous en ai parlé maintes fois dans mes leçons et vous en ai montré de nombreux exemples. Je vous rappellerai seulement quelques points relatifs à l'anatomie pathologique et à la clinique de cette affection. Au point de vue anatomique elle est caractérisée essentiellement par la formation d'une cavité, à parois gliomateuses, dans la substance grise spinale. La lésion qui plus particulièrement se développe au niveau du renflement cervical, envahit de proche en proche les cornes antérieures et postérieures de substance grise (symptômes poliomyéliques) puis elle refoule, comprime ou détruit les faisceaux blancs latéraux ou postérieurs (symptômes leucomyéliques).

Dans la forme clinique la plus commune, c'est l'atrophie musculaire progressive, débutant par les éminences thénar et hypothénar, avec secousses fibrillaires, qui attire tout d'abord l'attention. Cette atrophie s'accompagne en général de troubles sensitifs très particuliers et qui consistent dans la perte plus ou moins complète de la sensibilité à la douleur, à la chaleur et au froid, la sensibilité tactile, le sens musculaire étant conservés. Un troisième groupe de symptômes répond à une série de lésions cutanées ou sous-cutanées, osseuses ou articulaires que l'on désigne du nom générique de troubles trophiques : des éruptions bulleuses, des œdèmes, des fractures spontanées, des arthropathies enfin dont je disais, dans mes Leçons du Mardi, alors que je faisais connaître le résultat de nos premières études sur la syringomyélie : « Ce sont des « *arthropathies végétantes tout à fait comparables* « *à celles qui se voient dans la forme dite hypertrophique des lésions articulaires tabétiques*... Il « faut vraisemblablement rattacher à ce groupe la scoliose qui, dans la syringomyélie, se montre fréquemment, puisqu'on l'y observe, suivant M. Bernhardt, « 25 fois sur 100. » Cette remarque, qui vise la très grande analogie des arthropathies syringomyéliques et des arthropathies végétantes des ataxiques, s'est trouvée confirmée par les nouvelles études qui ont été faites à l'étranger sur ce genre de lésions articulaires. Vous consulterez avec fruit sur ce point les observations de MM. Czerny (1), Nissen (2), Sokoloff (3), Weil (4), Hoffmann (5), Herm. Gessler (6), Karg (7). Voici quelle serait, d'après ces documents, l'histoire naturelle de ces arthropathies.

En général, elles se développent spontanément, en dehors de tout choc traumatique ; le début en est brusque, quelquefois foudroyant. Sans douleur, sans fièvre, l'articulation et les parties molles péri-articulaires se tuméfient rapidement ; les ligaments se relâchent, la jointure devient flottante, se disloque (*Schlottergelenk*); il se produit des luxations. Quand on mobilise les articulations on y perçoit de gros craquements. Les malades ne souffrent pas. On peut mouvoir, palper, luxer les extrémités articulaires sans provoquer aucune douleur. Contrairement aux arthropathies tabétiques qui le plus souvent siègent aux membres inférieurs (76 0/0 d'après Schrotter), les arthropathies syringomyéliques affectent en général et même toujours, quant à présent, les articulations des membres supérieurs (épaule, coude, poignet).

Parfois elles apparaissent d'une manière *précoce*, dès le début de la maladie. Mais, ordinairement, elles sont précédées ou accompagnées de quelques autres symptômes syringomyéliques, troubles trophiques cutanés, thermo-analgésie, amyotrophies, etc.

Au point de vue anatomique il y a lieu de distinguer, comme pour les arthropathies tabétiques, deux variétés : la forme *atrophique*, qui parait rare, et la forme *hypertrophique*, la plus commune. Dans cette dernière forme, autant qu'on en peut juger par l'exploration clinique, car les documents nécroscopiques sont encore en bien petit nombre, les ligaments et la capsule sont allongés ou détruits et les extrémités osseuses mobiles à l'excès et comme flottantes. Les surfaces articulaires, érodées par places, se trouvent déformées soit par le fait des fractures partielles qui s'y produisent, soit par les végétations osseuses dont elles s'entourent. La pièce que voici (*Fig.* 25) (arthropathie syringomyélique, Musée de

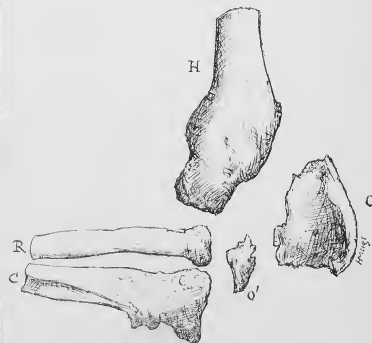


Fig 25. — Arthropathie du coude chez un syringomyélique (Musée de la Salpêtrière) P. Blocq. Soc. anatomique, 1887. — H. Extrémité inférieure de l'Humérus. R. Radius. — C. Cubitus. O. O'. Ostéomes développés au contact et en arrière de l'articulation du coude. Le plus gros formait une véritable coque osseuse à la partie postérieure.

(1) Czerny. — 3 observ. d'arthropathies syringomyéliques citées par Wolff, *Berliner Klin. Wochensch.*, nº 6, 11 fév. 1889.

(2) Nissen. — 3 observ. personnelles. Ueber Gelenk. bei Syringomyelie. *Archiv. f. Klin. Chirurg.* et *Mendel's Centralbl.*, 1er fev. 1893.

(3) Sokoloff. — 23 observ. dont 3 personnelles. *Deutsch. Zeitich. f. Chirurg.* et *Mendel's Centralbl.*, 1er févr. 1893, nº 3.

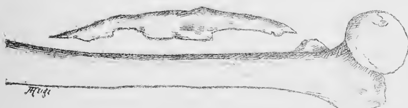
(4) Weil (Prag). — Beitrage zur Kentniss der Arthritis gliomatosa. 1 observ. personnelle. *Wiener med. Blatter.*, 16 février 1893, nº 7.

(5) Hoffmann. — 3 arthropathies de l'épaule et du poignet sur 15 cas de syringomyélie. *Deutsch. Zeitsch. für Nervenheilk.*, Leipzig, 1892.

(6) Herm. Gessler. — 1 observ. in *Med. Corresp.blatt*, 5 janvier 1893.

(7) Dr Karg (Leipzig). — *Arch. f. Klin. Chirurg.*, XII p. 101, 1890. — 2 cas.

la Salpêtrière) et qui a été recueillie dans ce service, présentait la plupart des particularités que je viens de vous signaler (1). Les *ostéomes* isolés, développés soit dans les tendons ou les aponévroses, soit dans l'épaisseur des muscles, et qu'on voit d'ailleurs dans l'arthrite sèche, paraissent se rencontrer plus souvent dans la syringomyélie que dans le tabes. Dans une des 15 observations du second travail de M. Hoffmann (2), il existait, sans arthropathie concomitante, un ostéome du muscle anconé. Je puis vous montrer un assez bel échantillon de cette espèce d'ostéome dans l'ataxie (Musée de la Salpêtrière). Celui-ci s'était développé dans l'épaisseur du muscle grand adducteur de la cuisse chez un tabétique qui a succombé, il y a quelques années, dans une de nos salles.



g. 26. — Ostéome développé dans les muscles adducteurs de la cuisse, chez une femme tabétique (Musée de la Salpêtrière). Thèse de Mlle Bl. Edwards, 1889. Observation 19.

Il existe donc, comme vous avez pu en juger par la description que je viens de vous tracer, une analogie des plus étroites entre ces arthropathies syringomyéliques et celles du tabes ; et, en vérité, à ne considérer que l'état local, je ne vois pas par quels signes différentiels précis on pourrait les distinguer les unes des autres.

IV

Appliquons ces notions à l'étude de notre cas. Il s'agit de déterminer, ne l'oubliez pas, si le tabes est ici en jeu ou bien la syringomyélie. Envisageons d'abord l'hypothèse du tabes. Nous avons sous les yeux une arthropathie qui cliniquement et anatomiquement présente les allures classiques de l'arthropathie tabétique. Existe-t-il chez le sujet quelque autre symptôme appartenant à la série tabétique ? En réalité, à part les douleurs de caractère fulgurant qui depuis sept ans n'ont jamais cessé de se montrer chez ce malade, de temps à autre, nous ne rencontrons aucun autre symptôme de cet ordre. Par la rapidité de leur invasion, l'hyperesthésie cutanée qui les accompagne, leur violence, leur apparition sous forme de crises, la description que nous en a tracé le malade, elles répondent bien au type classique des douleurs fulgurantes du *tabes dorsalis*, sauf qu'on les voit toujours se localiser, paraît-il, au voisinage des jointures, sans se répandre jamais sur la continuité des membres. L'hyperesthésie plantaire du début pourrait aussi être ramenée au groupe de ces dermalgies tabétiques qui suivent quelquefois les douleurs fulgurantes ou les remplacent. Les douleurs fulgurantes c'est déjà quelque chose. Mais il y a, vous le savez, des imitations des douleurs fulgurantes du tabes et, à la rigueur, leur présence pourrait paraître, dans la circonstance actuelle, insuffisante à déterminer la nature tabétique de ces arthropathies. Il faut le reconnaître, nous ne trouvons ailleurs aucun des symptômes du tabes. Les réflexes rotuliens sont normaux ; il n'existe pas de troubles des fonctions vésicales ; pas de signe de Romberg ; pas de troubles pupillaires ; pas de paralysie oculaire. Par contre, il existe chez le sujet un nystagmus très prononcé, accident bien exceptionnel dans le tabes et qui s'observe au contraire fréquemment dans la syringomyélie. Malgré tout nous nous étions arrêtés à l'idée de tabes, faute de mieux, lorsqu'un examen plus attentif nous a conduit à modifier notre premier diagnostic.

Une exploration méthodique de la sensibilité cutanée nous a fait reconnaître l'existence de certains troubles peu accentués et étendus à des régions fort limitées, mais très caractéristiques. C'est à la main droite, aux doigts et sur la face antérieure de l'épaule droite, c'est-à-dire sur le membre où siègent les arthropathies, que nous les avons constatés. Là, le tact est conservé, mais la sensibilité à la douleur et à la température (chaud, froid) est abolie. Cette dissociation de l'anesthésie, dite syringomyélique, n'est pas sans doute pathognomonique, puisqu'elle se rencontre dans certaines lésions des nerfs périphériques, dans la lèpre en particulier, dans l'hystérie, etc. ; mais elle acquiert une grande importance pour le diagnostic dans le cas présent où il s'agit de déterminer la nature des arthropathies destructives que vous savez. Cherchons donc s'il n'existe pas chez notre malade d'autres symptômes appartenant à la série syringomyélique.

La scoliose qui se retrouve dans plus de la moitié des cas de syringomyélie fait ici défaut. Par contre, je vous ai déjà signalé le nystagmus qui, chez ce sujet, existe à un degré très prononcé. C'est là, vous le savez, un symptôme qu'on observe assez communément dans la syringomyélie. De plus il se produit fréquemment sur les doigts, sur la face dorsale de la main du malade, de petites bulles remplies d'un liquide clair, qui surviennent spontanément et qui laissent après elles des ulcérations très superficielles. Il n'est pas impossible de rencontrer ce trouble trophique cutané dans le tabes mais il s'y montre beaucoup plus rarement que dans la syringomyélie.

Enfin vous pouvez constater que les muscles de l'épaule droite ont subi un degré notable d'atrophie et cette atrophie a bien les caractères d'une amyotrophie d'origine spinale ; elle s'accompagne en effet de contractions fibrillaires des plus nettes. Nous sommes ainsi amenés à prendre en considération l'hypothèse d'après laquelle la syringomyélie serait le point de départ de tous les accidents observés chez notre malade. Parmi ces accidents toutefois il en est un sur lequel je désire revenir en y insistant quelque peu, parce qu'il n'appartient pas au tableau classique de la gliose médullaire, je veux parler des douleurs fulgurantes. On mentionne bien çà et là, dans les observations de syringomyélie, des douleurs et des hyperesthésies transitoires, mais en général on n'y voit rien qui rappelle la description des décharges électriques de l'ataxie. Cependant dans la thèse de M. Bruhl il est plusieurs fois question (7 fois

(1) Voir *Société anatomique*, 18 février 1887. Communication de M. Bloch. — Voir aussi *Leçons du Mardi*, 28 juin 1889.
(2) *Klinische Vorträge*, n° 20, 1891.

sur 36 observations) de douleurs lancinantes, pongitives, apparaissant dans diverses parties du corps, et au moins une fois, dans l'observation du nommé Schweitz... recueillie par M. Gilles de la Tourette, il est parlé de douleurs *fulgurantes*, paroxystiques, siégeant dans les membres et à la nuque. Dans le travail récent d'un observateur fort distingué, M. Hoffmann, d'Heidelberg, travail où se trouvent réunies 15 observations, vous pourrez lire l'histoire d'un cas suivi d'autopsie et relatif à un malade qui éprouvait de temps à autre de vives sensations de brûlure et des hyperalgésies dans la cuisse gauche. Mais voici qui est plus explicite. Dans une autre publication du même auteur, M. J. Hoffmann (1), encore sur la syringomyélie, il est dit expressément (p. 198), qu'entre autres troubles subjectifs les malades éprouvent des sensations de prurit, de morsure, d'étincelle, et que parfois il se produit des douleurs à *retours paroxystiques, fugaces, térébrantes, pongitives.*

C'en est assez pour qu'il soit légitime d'admettre que l'on peut observer au cours de la syringomyélie, dans certaines conditions où les faisceaux postérieurs se trouvent intéressés, des douleurs identiques à celles du tabes et, dans l'espèce, il me paraît plus naturel d'invoquer cette interprétation que d'avoir recours pour expliquer les douleurs fulgurantes de notre malade à une coexistence dans la moelle des lésions de la syringomyélie et de celles du tabes. Il existe cependant deux cas relatés, un par Eisenlohr (2) et un autre par Nonne (3) et dans lesquels cette association a été dûment constatée.

En résumé, il ne saurait vous échapper que la très grande vraisemblance, pour ne pas dire plus, est chez notre malade du côté de l'hypothèse d'arthropathie syringomyélique placée à l'avant-garde et presque complètement isolée des autres symptômes. Je dis presque complètement et non complètement, car autrement comment aurait-on pu faire le diagnostic? Les symptômes concomitants, quoique peu accentués, sont cependant, vous l'avez reconnu, très suffisamment significatifs. Ici donc comme dans l'ataxie, il est remarquable de voir que sous l'apparence d'une affection articulaire à évolution rapide peut se masquer une affection spinale grave dont l'évolution ne tardera pas à devenir manifeste. Cette affection spinale, vous pouvez apprendre à la diagnostiquer en quelque sorte dès l'origine, et c'est là surtout l'enseignement qu'il y a à tirer du cas qui vient de vous être présenté.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Clinique chirurgicale :* M. RICHELOT : leçons cliniques le mercredi, à 9 heures et demie. Les travaux du service sont organisés comme il suit : *Lundi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Mardi* : Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (Salle Denonvilliers). — *Mercredi* : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opération. — *Jeudi* : Opération abdominale (Châlet). — *Vendredi* : Opération à l'amphithéatre. — Consultation externe. — *Samedi* : Opérations abdominales (Châlet). — *Service de M. le* Dr BAR, visite chaque matin à 9 h.; — lundi et vendredi, à 10 h., leçons théoriques sur la grossesse et l'accouchement, par le Dr Tissier ; — conférences au laboratoire par le Dr Rénon.

---

(1) Hoffmann Sammlang.— *Klinisch. Vorträge*, n° 20, 1891.

(2) Eisenlohr. — *Neurol. Centr.*, 1891, n° 13, p. 415.

(3) Nonne. — Ein fall von typischer Tabes dorsalis und central gliose bei einem Syphilitischem. *Arch. f. psychiatr. und Nervenkrankh.* XXIV Bd. 2 Heft.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Etudes sur l'organisation du Service de santé.

13e *article (fin).*

DU MATÉRIEL D'HOSPITALISATION TEMPORAIRE EN TEMPS DE GUERRE.

Le principe de l'évacuation immédiate de tous les malades et blessés transportables et de leur dispersion dans les hôpitaux permanents des régions de l'arrière et du territoire national, ou dans les établissements créés par les diverses Sociétés de secours, résume tout le *catéchisme sanitaire* du Service de santé de l'avant.

Ceux qui, en raison de la gravité de leurs blessures, ne sont pas transportables, doivent être recueillis, dès le soir ou le lendemain du combat, par un ou plusieurs des hôpitaux de campagne du Corps d'armée, qui s'installent momentanément dans des bâtiments réquisitionnés (châteaux, villas, fermes, etc.). Ces établissements ne conservent les blessés que jusqu'au moment où leur transport vers l'arrière devient possible, et non jusqu'à leur guérison complète.

« Cette règle générale admet cependant une exception. Il peut arriver, en effet, qu'une épidémie éclate subitement au milieu d'une armée ; il importe d'en limiter ou d'en arrêter aussitôt le développement, et la première condition pour réussir c'est d'isoler rapidement les malades, non seulement de tout contact avec les autres soldats, mais encore avec la population des pays occupés ou traversés. Ici pas d'évacuation possible, mais une hospitalisation temporaire immédiate, en pleins champs, loin de toute habitation et à l'écart des routes parcourues par les armées (1). »

En conséquence, la Direction du Service de santé a dû étudier, dès le temps de paix et en vue de ces cas particuliers, des moyens d'hospitalisation rapide et pour ainsi dire instantanée, soit tentes, soit baraques démontables, et en constituer des approvisionnements. Au début d'une mobilisation, un certain nombre de ces abris devront être concentrés dans la Station-magasin la plus rapprochée de l'armée, d'où ils seront dirigés rapidement, aussitôt l'apparition d'une épidémie, sur la station tête d'étape de guerre. Là, ils seront chargés sur des voitures de réquisition et transportés sur l'emplacement désigné pour l'isolement des contagieux. Le personnel d'un hôpital de campagne s'y rend de son côté avec tout son matériel, monte les abris et arbore un fanion jaune. Ce signal indique que l'établissement est soumis à la quarantaine, et que les abords en sont

---

(1) Le salut des armées et l'issue finale de la guerre peuvent dépendre de l'extension rapide d'une épidémie. En 1854, l'expedition de la Dobrutscha fut arrêtée par le choléra. La 1re division du corps expéditionnaire, partie le 21 juillet de son campement avec un effectif de 10,590 hommes, y rentrait, le 21 août suivant, après avoir perdu 2,036 hommes, et comptant à peine 200 hommes épargnés par la maladie.

En 1859, la colonne expeditionnaire du Maroc, commandée par le général de Martimprey, perdit en 12 jours 3,000 hommes par le choléra, sur un effectif de 15,000, et dut être licenciée. Une épidemie, sévissant avec une pareille intensité sur les immenses armées modernes, amènerait des désastres que l'imagination a peine a concevoir.

rigoureusement interdits à tout individu étranger au personnel de l'hôpital.

Dès lors, on conçoit que, dans ces conditions toutes spéciales, le confort, nous dirions volontiers la « plaisance » de ces abris n'est plus qu'une question secondaire. Qu'importe, en effet, d'avoir constitué, dès le temps de paix, un matériel modèle, s'il est impossible de l'amener et de l'établir à temps sur les emplacements désignés, quand une épidémie éclate au milieu des armées ?

Les qualités essentielles, primordiales, de ce matériel seront donc la légèreté, un volume réduit, une grande simplicité de montage et démontage sans intervention d'ouvriers spéciaux, et par le seul personnel de l'hôpital. Il doit pouvoir être réparti en un petit nombre de colis d'un poids maniable, pour en faciliter la surveillance, car la perte d'un seul colis peut rendre le reste de l'abri inutilisable. Les malades doivent pouvoir y habiter en toutes saisons et dans les meilleures conditions d'hygiène. Il doit se prêter, enfin, à une désinfection rigoureuse, afin d'éviter la nécessité de le détruire, après la fermeture de l'hôpital, et de le remplacer par un matériel neuf, quand de nouveaux besoins surgissent.

Le matériel adopté par le Service de santé comprend à la fois des baraques démontables et des tentes. Nous allons passer une revue très sommaire des types choisis dans l'une et l'autre catégorie, en signalant leurs avantages et leurs inconvénients.

1° *Baraques démontables.*

Le type adopté est la baraque Dœcker, d'origine danoise, qui obtint le prix de l'impératrice Augusta, au concours international de la Croix-Rouge, à Anvers, en 1885. Le modèle spécialement destiné aux malades porte le numéro XIII D du catalogue du fabricant. Cette baraque mesure 15 m. de long sur 5 m. de large et environ 3 m. 40 du plancher à l'angle du faîtage. Elle peut contenir 16 lits d'hôpital. Son cubage d'air (1) est de 295 m.^{3}. Son poids (plancher compris) est de 4,240 kilogrammes. Demontée, elle forme un volume de 15 mètres cubes. Le prix est de 4,224 francs.

Tout le matériel est renfermé dans 11 caisses numérotées formant le plancher de la baraque, et dans 12 colis en vrac. Les parois et le toit consistent en des panneaux mobiles constitués par des cadres en bois dont les deux faces, distantes l'une de l'autre de deux centimètres, sont couvertes d'une couche de tissu et d'une feuille de carton spécial et imperméabilisé. Le plancher est surélevé de 0 m. 25 environ. Les pièces de la baraque sont toutes rendues solidaires les unes des autres à l'aide de crochets, de rainures et d'encoches. L'ensemble de la construction est soutenu et consolidé par deux fermes, se composant chacune de deux arbalétriers et de quatre montants. Ces fermes sont reliées entre elles et avec les pignons par des pannes.

Les lits occupent deux rangées longitudinales, séparées par un couloir un peu étroit et où la circulation est gênée aux deux points où s'élèvent les quatre montants. L'éclairage n'a lieu que par une bande vitrée très étroite qui longe les parois à leur point de jonction avec la toiture. En raison de cette position des fenêtres, les occupants n'ont aucune vue sur l'extérieur, et le séjour dans la baraque est particulièrement triste, quand la saison et le mauvais temps ne permettent pas de relever, en forme de vérandah, un ou plusieurs des panneaux mobiles des parois. La ventilation fort insuffisante et défectueuse n'est assurée que par trois lanterneaux espacés au sommet du toit et des trous d'appel pratiqués dans le plancher.

Le constructeur affirme que le montage de cette baraque peut être effectué en six heures par une équipe de six hommes. Mais, en réalité, dix infirmiers réussissent à peine à terminer l'installation dans une journée entière. Ils peuvent la démonter en huit heures. Le chauffage peut être pratiqué avec des poêles de tous systèmes, mais il est malaisé, dans un hiver tant soit peu rigoureux, à cause de la pénétration de l'air froid à travers les joints. En effet, les différentes pièces, du plancher surtout, se disjoignent, pour peu que la baraque ait été montée et démontée plusieurs fois, ou exposée à des alternatives d'humidité et de chaleur. Ses parois en carton sont fragiles. Elle est lourde et encombrante ; certains colis sont dangereux à manier à cause de leur poids. Il faut un temps considérable pour la monter, et cet inconvénient est des plus sérieux. Le personnel infirmier d'un hôpital temporaire comprend à peine 40 hommes, et le nombre des abris nécessaires est fort grand, car en outre des 7 baraques affectées aux 100 malades, il en faut encore pour le logement des officiers et de la troupe, pour l'installation d'une lingerie, des services administratifs, de la cuisine, d'un dépôt de subsistance, d'une salle de bains, d'un dépôt mortuaire, etc.

Enfin, la désinfection d'une baraque est à peu près impossible, ou du moins très défectueuse et sans sécurité. Elle ne peut être pratiquée qu'au moyen de lavages avec des solutions antiseptiques, car le procédé par l'acide sulfureux ne donne que des résultats aléatoires, à cause des nombreux joints qu'on ne peut obturer qu'en y collant du papier. Le seul avantage de la baraque Dœcker (et de toutes celles du même genre), mais il est considérable, est de procurer l'illusion d'une maisonnette et de complaire ainsi à nos goûts d'habitation. Il est bien entendu que les inconvénients que nous signalons n'auraient plus la même importance, si la baraque Dœcker était utilisée dans la zone de l'arrière, où le temps, les moyens de transport et la main-d'œuvre font moins défaut.

La 7° Direction a également adopté un modèle réduit de baraque Dœcker, pouvant contenir six lits au maximum. Il mesure 6 m. sur 5 m., se répartit en 4 caisses et 8 colis en vrac, pèse 2,250 kilogrammes et coûte 1,750 fr. Enfin, dans ces derniers temps, elle a décidé l'adoption de la baraque-hôpital, système Espitallier, en carton comprimé. Cette baraque, qui mesure 15 m. 66 sur 5 m., pèse 5,873 kilogrammes (plancher compris) et coûte 4,324 fr. Il faut une équipe de 16 hommes pour la monter, mais la notice n'indique pas le temps nécessaire au montage. Quand elle est démontée, elle forme 99 colis !!! Elle présente donc les mêmes inconvénients

(1) C'est le cube indiqué par le constructeur, mais le calcul basé sur les dimensions de la baraque ne donne que 220 m.^{3} environ.

que la baraque Dœcker pour son utilisation par le Service de santé de l'avant.

2° Tentes.

Les anciennes tentes avec montants, piquets, haubans et à enveloppe unique, offraient de graves inconvénients pour l'hospitalisation temporaire. Elles ne pouvaient s'établir solidement que dans les terrains compacts et offraient peu de résistance au vent; leur aérage, leur ventilation et leur chauffage étaient des plus rudimentaires. L'absence de tout éclairage en rendait le séjour des plus tristes pour les malades et les convalescents. Tous ces inconvénients ont disparu dans les tentes Tollet, qui réalisent un immense progrès au point de vue de l'hygiène, comme au point de vue de l'extrême facilité qu'elles procurent au Service de santé de l'avant pour l'hospitalisation temporaire. La Société Tollet a établi plusieurs types de tentes, mais qui ne diffèrent entre eux que par leurs dimensions.

Toutes les tentes se composent de deux parties distinctes: une ossature en fer et une enveloppe. L'ossature, de forme ogivale, sans montants intérieurs, circonscrit une espace entièrement utilisable, et se compose d'une série de demi-fermes cintrées, en fer T, unies deux à deux au point de jonction de leurs sommets, et maintenues écartées de leurs voisines au moyen d'entretoises qui les relient horizontalement. Ces fermes, interchangeables, sont adaptées à une semelle en fer sans intervention de piquets ni de haubans. Toutes les pièces de l'ossature sont reliées entre elles par des équerres, des boulons ou des clavettes munies d'une goupille.

La tente s'établit d'ordinaire sur le sol même, mais elle peut être établie sur un plancher mobile qu'on peut improviser au besoin au moyen de planches et de madriers. Des expériences répétées dans les terrains et aux expositions les plus divers ont prouvé que ces tentes résistent même aux vents soufflant en tempête. L'enveloppe est double : l'extérieure en toile et l'intérieure en coton. Ces deux feuillets, qui peuvent être écartés ou rapprochés à volonté, circonscrivent un matelas d'air qui garantit l'intérieur de la tente contre les variations de la température extérieure. Les parois latérales peuvent être relevées sous forme de vérandah. L'éclairage est assuré par de larges fenêtres vitrées livrant passage à la lumière et au soleil, et fixées sur les parois latérales à un mètre au-dessus du sol. Elles sont indépendantes de la tente, se placent ou se déplacent à volonté et instantanément.

La ventilation est obtenue en hiver comme en été au moyen de deux larges ouvertures pratiquées dans chaque pignon. L'appel d'air se fait sans courant et d'une façon continue par tous les pores des enveloppes en toile, et cette diffusion sur toute la surface intérieure, insensible pour les occupants, en assure le mélange et rend la température uniforme sur tous les points de l'habitat. Le chauffage se fait au moyen de poêles quelconques, dont les tuyaux traversent la double enveloppe en toile à l'aide d'un manchon isolateur; et l'on a pu facilement maintenir la température extérieure au-dessus de 15 degrés centigrades, alors que la température extérieure était au-dessous de zéro. Toutes les tentes Tollet pourraient, du reste, être transformées très facilement en baraques (1), en remplaçant les enveloppes en toile par du bois, de la tôle, par des briques ou des tuiles, ou plus simplement en fermant les espaces situées entre les fermes avec du treillage en fil de fer, sur lequel on appliquerait un mélange fait avec du plâtre et du sable, etc., etc.

« Grâce à toutes ces dispositions, les tentes Tollet constituent une habitation gaie et agréable, réalisant toutes les conditions de bien-être des baraques les mieux construites, tout en conservant une extrême simplicité de montage et de démontage, un poids réduit qui les rend facilement transportables, et une grande facilité pour une désinfection rapide et complète. »

L'ossature en fer peut être passée au feu, et la désinfection de l'enveloppe en toile a lieu au moyen de l'étuve Geneste et Herscher.

Après une étude et des expériences longtemps poursuivies, la 7e Direction adopta le type B des tentes Tollet pour l'hospitalisation temporaire des malades (2). Cette tente B est comparable comme dimensions et cubage d'air à la baraque Dœcker XIII D, mais elle est plus large et un peu plus élevée. Elle mesure 15 m. × 6 m. × 3 m.,80 et peut contenir 16 lits d'hôpital sur deux rangées séparées par un large couloir. Son cubage d'air est d'environ 260 mètres. Le poids de la tente, avec les 4 châssis vitrés et un plancher, est de 3,510 kilogrammes. Il n'est que de 1,100 kilogrammes sans le plancher. Démontée, son cube n'excède pas un mètre et demi. Son prix est de 3,360 francs avec plancher et châssis vitrés, et de 2,560 francs seulement sans le plancher. Cinq hommes la montent et la démontent facilement en deux heures (3).

Appelé par le Ministre à exprimer son avis sur la valeur respective des tentes et des baraques, au point de vue de l'hospitalisation temporaire en temps de guerre, le Comité technique de santé se prononça, à l'unanimité de ses membres, pour l'adoption des tentes, en s'appuyant surtout sur la supériorité incontestable des tentes Tollet, comparées aux baraques de tous systèmes.

Toutefois, et contrairement à cet avis du Comité technique de santé, la 7e Direction donna la préférence

(1) On a beaucoup remarqué à l'Exposition de 1889 la vaste tente dressée par l'Association des Dames françaises : c'était en réalité une tente Tollet de grandes dimensions, augmentée de plusieurs perfectionnements fort bien compris et qui font grand honneur à la Commission médicale et à l'architecte dont elle est l'œuvre. Au printemps de 1890, pendant l'épidémie d'influenza, cette tente a été dressée à Neuilly-sur-Seine et a reçu des malades pendant tout un mois. Cette intéressante expérience, faite par la neige, dans la saison la plus rigoureuse, a démontré les excellentes conditions d'habitabilité de cette tente, qui semble réaliser, quant à présent, l'installation la plus hygiénique et la moins coûteuse pour une ambulance (*Note de la Rédaction*).

(2) Elle avait adopté antérieurement la tente Mignot-Mahon, qui ne pèse que 500 kilogrammes pour une surface couverte de 111 mètres carrés, ainsi que la tente Walker. Mais ce sont des tentes à piquets et haubans, mal éclairées, mal ventilées et la 7e Direction n'a pas constitué d'approvisionnements en tentes de ces deux modèles.

(3) La 7e Direction a adopté également la tente C, qui ne diffère du type B que par ses dimensions plus petites. Sa longueur n'est que de 9 mètres, et elle est comparable au petit modèle de la baraque Dœcker. Elle pèse 570 kilogrammes sans plancher et coûte 1,580 francs. Dans un précédent chapitre, nous avons mentionné l'adoption de la tente A dont sont dotées toutes les ambulances n° 1. Le Service de santé possède 225 de ces tentes A.

au système d'hospitalisation à l'aide des baraques Dœcker. La Société de construction de ces baraques avait à surmonter une difficulté résultant de la volonté, nettement exprimée par le Parlement, de voir la construction de notre matériel exclusivement réservée à l'industrie nationale. Pour vaincre l'obstacle, elle dut se faire représenter par un entrepreneur résidant en France. Elle lui expédie, à Fécamp, son matériel, qui est monté ensuite par des ouvriers français, après réception faite par un médecin militaire et un officier d'administration attachés à la 7[e] Direction. Depuis l'établissement du nouveau tarif douanier, le prix de ces baraques a dû être majoré du montant de l'augmentation des frais de douanes sur les bois ouvrés, et cette majoration, si elle existe réellement, demeure à la charge du département de la guerre.

Le Service de santé possède actuellement un approvisionnement de matériel d'hospitalisation qui comprend environ : 1° 180 baraques Dœcker (dont une soixantaine ont été rétrocédées à la Marine pour les besoins des deux expéditions du Dahomey) ; 2° 30 tentes Tollet, type B ; 3° 50 tentes Tollet, type C.

Ce matériel est disséminé dans les 19 régions de Corps d'armée, et sert dans quelques rares garnisons à suppléer à l'insuffisance des hôpitaux. Mais à l'heure où nous écrivons ces lignes, aucun approvisionnement en matériel de ce genre ne semble avoir été constitué en vue des besoins exclusifs de la mobilisation.

En terminant ici cette étude sur l'organisation générale du Service de santé en campagne, nous rappelons au lecteur qu'elle résume et exprime loyalement l'état de choses existant à la fin de mars 1893. Si quelques-uns des chiffres que nous avons donnés sont volontairement inexacts, mais toujours au-dessous de la vérité, aucun des faits ou des renseignements que nous avons cités ne peut être démenti, car tous s'appuient sur des documents dont nous garantissons la scrupuleuse authenticité. D[r] FREEMAN.

La Patente des Médecins.

La question de l'augmentation de la patente des médecins est venue mercredi dernier en discussion devant le Sénat. L'honorable M. Bardoux a défendu les professions libérales, et en particulier les médecins, avec un remarquable talent et une ardeur digne, hélas ! d'un meilleur sort. M. le P[r] Cornil a répondu avec non moins d'énergie aux objections — qui n'en étaient pas — du commissaire du Gouvernement, M. Boutin. Des arguments de premier ordre ont été mis en avant par notre cher Président de l'Association de la Presse médicale : il faudra les lire à l'*Officiel*. Mais M. le Ministre des Finances a pris la parole et, faisant sonner bien haut les difficultés politiques et budgétaires actuelles, a réussi à atténuer la bonne impression produite par les discours des deux orateurs précédents. Aussi l'amendement Bardoux-Cornil, ainsi conçu :

« Maintenir le chiffre du quinzième comme taux de la patente pour les professions libérales. »

a-t-il été repoussé par 149 voix contre 96.

Il est plus que probable — on peut même dire certain — que la Chambre ne reviendra pas sur ce vote. Donc, c'est là une question enterrée, malgré les démarches du Président de l'Union des Syndicats de France, du Président de l'Association syndicale des médecins de la Seine et de l'Association de la Presse médicale, et les efforts de tous les journalistes médicaux.

Désormais l'article 5 voté par le Sénat doit être considéré comme adopté. En voici la teneur :

Art. 5. — Les tarifs annexés aux lois des 15 juillet 1880 et du 8 août 1890 sont modifiés à partir du 1[er] mai 1893, conformément à l'état B annexé à la présente loi.

Les augmentations ou diminutions de droits de patente résultant de ces modifications seront, à l'égard des cotisations individuelles déjà établies pour 1893, appliquées par voie de rôles complémentaires ou de dégrèvements d'office.

Et, en ce qui nous concerne, voici ce qu'avait décidé la Commission des finances du Sénat, de concert avec le Gouvernement :

« Par exception, les patentes des professions libérales seront passibles du taux du douzième, au lieu du quinzième, pour tous les locaux soumis au droit professionnel :

1° Lorsque, exerçant leur profession à Paris, les contribuables occuperont, soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 4.000 fr. ;

2° Lorsque, exerçant leur profession dans une autre ville de plus de 100.000 âmes, ils occuperont, soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 2 000 francs. »

En somme, pour nous autres Parisiens, on a haussé le chiffre de 3,000 à 4,000 francs. Certes, c'est quelque chose, ce qui a été obtenu. Mais les grandes villes de province n'ont pas bénéficié de la modification de rédaction adoptée par le Sénat, mercredi dernier.

Voilà le résultat de nos démarches ; voilà où en est la question. Ce n'est pas un triomphe. Mais nous sommes habitués à être houspillés et ce ne sera pas la dernière fois. Sus aux redingotes noires, avec ou sans misère : Tel est le mot d'ordre ! Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 avril 1893. — PRÉSIDENCE DE M. DARESTE.

MM. CURTIS et COMBEMALE (de Lille) adressent une note sur la présence *de micro-organismes dans les organes des malades atteints de typhus exanthématique*. Les essais de culture du sang se sont toujours montrés infructueux. En revanche, la rate, le cerveau, le liquide ventriculaire donnent des cultures sur sérum, sur agar ou sur bouillon dans l'étuve à 37°. Ces cultures sont constituées par des cocci extrêmement petits, généralement associés deux à deux.

M. GILBERT, à propos du procès-verbal de la dernière séance, déclare qu'à côté des *lésions d'artérite syphilitique* décrites par M. Sottaz, il existe de véritables gommes de la moelle épinière et des méningites inflammatoires. L'artérite n'est donc pas la seule lésion à incriminer dans la syphilis médullaire, et il faut y reconnaître plusieurs types de méningo-myélite, embryonnaire, nécrobiosique, scléreuse et gommeuse.

M. BROWN-SEQUARD revient sur le *mode d'emploi du liquide testiculaire*. Pour que l'injection soit indolore, il

faut mélanger d'une façon parfaite le liquide, dans la seringue à injection même, avec son volume d'eau distillée.

M. Arthus apporte des documents sur la *coagulation du sang et du lait*. Cette coagulation s'opère par l'action de ferments solubles qui sont le lab-ferment pour le lait et le fibrin-ferment pour le sang. Ils sont précipitables par l'alcool et se dédoublent au contact des sels de chaux, en sorte que le sang ou le lait décalcifiés ne peuvent se coaguler. Le strontium pour le sang, les sels alcalins pour le lait peuvent être substitués à la chaux et amener la coagulation.

M. Rouxeau envoie une note sur le *paradoxe de Weber*.

M. Bourquelot continue ses études sur un sucre particulier aux champignons, le *tréhalose*, dont il a pu observer la transformation en glycose sous l'influence d'un ferment.

M. Pietrowski lit une note sur l'*élimination de l'oxyde de carbone du sang*. Cette élimination est si lente qu'on peut retrouver le gaz toxique en excès dans les tissus deux et trois mois après la mort. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 avril 1893. — Présidence de M. Laboulbène

Suite de la discussion sur le typhus.

M. Proust résume l'histoire de l'épidémie du typhus actuelle. Son origine a été, ainsi que M. Ollivier l'avait fait pressentir, le typhus endémique de Bretagne. Des cas disséminés de l'affection ont été observés dans l'Ouest bien avant les cas de Lille et du Nord. Le typhus a été propagé de ville en ville par les vagabonds et les mendiants. Les villes les plus atteintes ont été Paris (91 cas), Amiens (93 cas), Abbeville (33 cas), Lille (40 cas), Beauvais (24 cas), Pontoise (14 cas), Etrépagny (13 cas). Dans un assez grand nombre d'autres localités sont survenus des cas isolés, mais l'épidémie est partout en pleine décroissance et peut être regardée comme presque éteinte.

Suite de la discussion sur la suture des nerfs.

M. Le Fort rapporte, au sujet du retour immédiat de la sensibilité une observation ayant toute la valeur d'une expérience physiologique. Une section du nerf cubital datant d'un an avait déterminé une anesthésie complète, de l'atrophie musculaire, une ulcération trophique du petit doigt. Après la suture nerveuse le retour de la sensibilité est constaté sitôt le malade réveillé. Cette sensibilité persiste atténuée pendant quinze jours, puis disparaît à nouveau. L'ulcération restant guérie le malade ne réclame pas d'autre intervention.

Un an après il revient avec la même atrophie, la même anesthésie. On fait sur sa demande une nouvelle suture et l'on trouve entre les deux bouts du nerf une bande de tissu fibreux interposée et empêchant la contiguïté parfaite. Cette fois le retour de la sensibilité fut encore immédiat, elle persista définitivement et l'atrophie disparut. On ne saurait invoquer ici ni la sensibilité récurrente qui aurait dû rester latente un an pour reparaître quelques jours et disparaître à nouveau, ni le choc opératoire qui aurait dû agir dès la première opération, ni la mise en jeu des anastomoses. La comparaison de Laugier, d'après laquelle l'influx nerveux passerait à la façon d'un courant électrique dans un conducteur dont la continuité a été rétablie, s'impose involontairement à l'esprit.

M. Le Dentu insiste sur l'influence curative rapide qu'on observe parfois non seulement du côté de l'anesthésie, mais du côté des troubles trophiques. Il cite deux cas où des troubles profonds ont très rapidement disparu dans le premier après l'élongation, dans le second après la suture du nerf lésé. Il y a donc un véritable retour fonctionnel. C'est par l'hypothèse d'une influence dynamogénique que s'expliquerait le mieux ce retour. Mais l'explication définitive reste encore à l'étude.

M. Laborde, quand les autres orateurs auront pris part à la discussion, se réserve de faire à nouveau la critique des divers faits signalés.

Traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse.

M. Constantin Paul rapporte 61 observations de neurasthénie traitée par la transfusion nerveuse. Dans quinze cas, les résultats ont été nuls, mais huit de ces insuccès s'expliquent par l'insuffisance de durée du traitement. Sur les sept autres malades non améliorés, quatre étaient des neurasthéniques hypocondriaques, forme particulièrement rebelle. En revanche, la médication a réussi dans la neurasthénie cérébro-spinale, spinale, génitale avec impuissance ou spermatorrhée, dans la chlorose nerveuse des jeunes filles, dans la neurasthénie de la ménopause, dans la neurasthénie cardiaque des jeunes gens provoquée par une croissance trop rapide, dans la neurasthénie et prédominance gastrique. Dans la neurasthénie sénile, cette forme en quelque sorte physiologique, la transfusion nerveuse, si elle est sans action sur les organes génitaux (ce qui est plutôt un avantage), réveille les autres organes et le cœur en particulier d'une façon remarquable. La neurasthénie des hystériques est très rebelle, en raison surtout de l'indocilité des malades. La neurasthénie avec mélancolie est aussi une forme défavorable. Parfois pourtant, comme chez deux malades observés, le succès survient. Dans la neurasthénie liée aux affections utérines la transfusion nerveuse s'ajoute utilement à l'action du traitement direct de ces affections. La dilution de la substance grise du cerveau et habituellement du cerveau de mouton, employée en injections sous-cutanées, constitue donc un excellent tonique nerveux. Le sommeil reparaît d'abord, condition excellente pour la réparation des forces nerveuses. Puis l'émotivité, la paresse intellectuelle s'atténuent. Les forces physiques, la force cardiaque augmentent, les digestions se régularisent. En dernier lieu, l'organisme ayant repris son équilibre, l'impuissance disparaît. Dans la forme commune cérébrospinale, le traitement a été en général de vingt injections et a duré de deux mois à deux mois et demi.

Deux cas de gastro-entérostomies.

M. Le Bec présente deux malades opérés, il y a un mois, de gastro-entérostomie pour rétrécissement du pylore. L'état général des opérés est bon et leur poids a notablement augmenté.

M. Le Fort regrette que les règlements de l'Académie ne permettent pas de prendre la parole sur les présentations de ce genre.

M. Larrey s'associe à ce regret et exprime, comme M. Le Fort, le vœu que le Bureau prépare sur ce point une revision du règlement.

Correspondance.

Lettres de candidature de MM. Blanchard, Debove, Hallopeau, Laveran, pour la section de thérapeutique.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 21 avril. — Présidence de M. Laveran.

M. Netter désire préciser les éléments du *diagnostic du typhus exanthématique*. En dehors des symptômes signalés dans les précédentes séances on peut, dans les cas moins tranchés ou frustes, avoir recours aux éléments tirés de l'étiologie : 1° époque de l'épidémie : le typhus est une maladie d'hiver ou de printemps; 2° l'âge des malades : plus élevé que celui de la moyenne des typhoïdiques ; 3° la condition sociale : abstraction faite du personnel qui donne des soins aux malades, le typhus a frappé presque exclusivement des individus sans domicile ; 4° la fréquence de la contagion, rare dans la fièvre typhoïde; 5° l'état des sœurs, des infirmiers, des médecins. Ces personnes étant les meilleurs réactifs du typhus; 6° la recherche de l'existence antérieure de la fièvre typhoïde chez les sujets atteints ; 7° sur les bulletins des hôpitaux, les cas de typhus se révèlent en général par le court intervalle qui sépare l'entrée de la mort ou de la sortie ; 8° la proportion élevée des décès dans la population presque exclusivement touchée en France par l'épidémie actuelle.

M. Le Gendre, chez un typhique qui a succombé dans son service, a trouvé, à l'autopsie, une embolie de l'artère fémorale et plusieurs embolies pulmonaires. Les bains tièdes progressivement refroidis et le sulfate de quinine sont restés sans résultat. On a trouvé dans les organes et le sang de ce malade un organisme qui ressemble au microbe d'Eberth ou au coli bacille, mais qui diffère complètement au point de vue des cultures. On ne peut dire s'il était, dans ce cas, la cause de la maladie ou le résultat d'une infection secondaire.

M. Comby dit que le bain froid à 20° c. est très salutaire et qu'on doit soumettre les typhiques à la méthode de Brand dans toute sa rigueur.

M. Hanot, s'appuyant sur ce que le malade était un vagabond, pense qu'il était malade avant d'arriver au Dépôt et que ce n'est point dans ce lieu que s'est produite la contamination.

M. Rendu insiste sur la difficulté du diagnostic du typhus au début et sur l'embarras où se trouve le chef de service qui risque, en gardant le malade, de créer un foyer épidémique, et en l'envoyant dans un service d'isolement, s'il est indemne, de l'exposer à contracter la maladie.

M. Le Gendre. — Cet embarras se produit pour beaucoup d'autres maladies : diphtérie, variole, scarlatine, etc. Dans tous les cas où le diagnostic est hésitant, il faudrait pouvoir isoler le malade suspect pendant 24 ou 48 heures avant de l'envoyer dans le service des contagieux.

M. Catrin lit une observation de *fièvre typhoïde compliquée de diphtérie à issue rapidement funeste.*

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 avril 1893. — Présidence de M. Périer.

Luxations anciennes du coude et résection.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion d'intervenir deux fois pour des luxations anciennes du coude. D'abord chez un jeune homme de 14 ans, atteint d'une luxation ancienne du coude droit, qui avait été complètement méconnue ; il n'y avait aucune fracture. Cette luxation était postérieure et complète ; à peine y avait-il quelques mouvements au coude. On essaya de réduire sous le chloroforme ; impossible. Incision médiane postérieure ; on trouva des parties fibreuses interposées. Section de l'olécrâne et résection de la tête du radius. Réduction. Suture de l'olécrâne. Mobilisation au dix-huitième jour. Au début le résultat fut bon ; mais peu à peu la raideur revint et, en somme, la guérison n'est que partielle. Dans un second cas, il s'agissait d'une luxation du coude gauche restée inaperçue pendant 3 mois. Réduction impossible sous le chloroforme. 8 jours après, incision ; c'était le brachial antérieur, transformé en une masse fibreuse épaisse, qui s'opposait à la réduction. On dut abattre l'olécrâne, réséquer l'apophyse coronoïde et la tête du radius. Réduction et suture de l'olécrâne. Mobilisation au 20e jour. Résultat excellent après un an. M. Schwartz est d'avis d'essayer d'abord la réduction pendant l'anesthésie ; si on échoue, il faut faire une résection atypique et s'attaquer surtout aux surfaces articulaires inférieures. Dans son 1er cas, il a eu un échec parce qu'il n'a pas agi suffisamment sur l'humérus ; il n'y a que des avantages à se rapprocher de la résection typique. L'accès est facile après la section de l'olécrâne. Il vaut mieux ne faire ni ligatures, ni drainage ; il faut mobiliser rapidement, d'une façon méthodique.

M. Kirmisson. — Je puis citer une observation de luxation ancienne du coude que j'ai opérée chez un petit garçon. Résection incomplète. Guérison. Les résections incomplètes sont de bonnes opérations ; de la sorte on conserve la forme et la solidité de l'article. Quand on craint la raideur, il suffit de faire une résection plus large.

M. Berger. — C'est à dessein que j'ai confondu les résections pour luxation avec les résections pour arthrites ankylosantes. C'est qu'en effet, dans les cas cités précédemment, on avait à lutter contre des ankyloses vraies. Il persiste pourtant à penser qu'une luxation du coude ne se termine pas d'ordinaire par une ankylose, mais par une simple raideur articulaire. Il cite un fait à l'appui.

M. Lucas-Championnière. — Il faut intervenir très largement ; il n'y a aucune raison de faire des économies d'os, et, au contraire, il y a des raisons pour être large. Quoi qu'en pense M. Berger, on trouve parfois, après des luxations du coude, des ankyloses vraies ; il en connaît au moins un cas. Quand on intervient chez des jeunes gens, on obtient d'ordinaire de bons résultats s'il s'agit de luxations ; les arthrites rhumatismales avec ankylose sont bien plus difficiles à guérir.

M. Tillaux. — Il est exact qu'il y a des sujets chez lesquels on ne peut pas obtenir de mouvements après les luxations du coude et il ne faut pas s'attarder à vouloir réduire quand même. Toutefois il ne saurait admettre la nécessité d'une résection large d'emblée. Pour les lésions pathologiques, qu'on intervienne largement, soit ; mais, quand il s'agit de luxation, ce qu'il faut d'abord chercher à obtenir, c'est la réduction. C'est pour cela qu'on doit se borner d'abord à inciser ; si l'incision ne donne rien, si l'arthrotomie n'est pas suffisante, il faut songer alors à la résection. Mais il est inutile de sectionner des os qui ne font pas obstacle. Du moment qu'on fait la réduction et qu'on mobilise, il n'y a pas de raison pour que ça s'ankylose à nouveau. — Il ne faut absolument pas confondre les ankyloses suites d'arthrites et suites de traumatismes ; c'est tout différent. M. Berger exagère en disant qu'il n'y a pas d'ankylose vraie après les luxations du coude, M. Tillaux en a vu.

M. Galezowski lit un travail sur un nouveau mode de *traitement du larmoiement rebelle.* Au lieu d'inciser le canalicule lacrymal comme le fait Bowmann, c'est-à-dire en dedans, il fait une petite incision du côté externe.

Polypes naso-pharyngiens et opérations préliminaires dans l'ablation des tumeurs bucco-pharyngiennes.

M. Quénu. — Les opérations préliminaires, ligature ou trachéotomie, sont inutiles dans les résections des maxillaires supérieurs ou dans l'hémisection du maxillaire inférieur. La ligature des deux carotides externes me semble une opération rationnelle avant l'ablation de certains polypes naso pharyngiens dont on a reconnu la vascularité, cela au point de vue de l'hémostase. La trachéotomie préventive me paraît indiquée dans certains cas de tumeurs naso-pharyngiennes ou de certaines tumeurs du voile du palais s'accompagnant de troubles respiratoires pendant le sommeil. La trachéotomie préventive est très recommandable, associée à la ligature de la carotide externe, dans les opérations pour cancers étendus de la langue et du plancher de la bouche, *non afin de sauvegarder la respiration pendant l'acte opératoire, mais pour isoler les voies pulmonaires d'un foyer de contamination.*

M. Verneuil. — Je vous présente deux malades. J'ai opéré l'un pour un polype naso-pharyngien d'une étendue considérable par les moyens de douceur. J'ai fendu la voûte palatine et détruit petit à petit, à l'aide de cautérisations à l'acide chromique, la tumeur. Ce malade n'est pas resté couché un seul jour. J'ai pu suivre le mouvement de retrait de la tumeur sous l'influence des cautérisations. Jamais ce malade n'a été un seul jour en danger. Le résultat plastique est parfait ; il parle suffisamment et ne veut pas qu'on lui restaure son voile du palais. Mon second malade a été opéré il y a dix ans ; je lui ai extirpé le maxillaire supérieur. Il a une asymétrie notable de la face, l'œil petit, une balafre considérable sur la joue. Il n'y a pas de comparaison à établir, au point de vue orthomorphique, entre ces deux malades.

M. Tuffier. — Je vous présente un malade qui avait une *fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus à trois fragments* ; je l'ai ouverte d'emblée ; j'ai enchevillé les fragments avec des os de veau. La fracture est guérie. J'ai fait trois fois cette opération.

M. Chaput a amené à la Société une jeune fille chez laquelle il a *restauré le nez effrondé à l'aide d'un trépied en platine.* Il a décollé la peau sans ouvrir les narines. L'opération a été faite il y a un mois.

M. Kirmisson présente, de la part de M. May, directeur de l'Hospice des Enfants-Assistés, une *machine à rouler les bandes silicatées et plâtrées.* Elle remplit parfaitement son but.

M. Segond montre un *kyste sanguin du grand épiploon* qu'il a enlevé chez un homme. On l'avait pris dans un service de médecine pour un kyste du pancréas !

M. Monod cite un fait analogue.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 26 avril 1893. — PÉSIDENCE DE M. HALLOPEAU.

M. BARDET présente un échantillon d'essence de *Niaouli*, retirée des feuilles d'une Myrtacée de Nouvelle-Calédonie, le Melaleuca leucodendron. Cette essence, analogue à l'essence d'eucalyptus, dont elle n'a pas l'odeur désagréable, contient de l'eucalyptol et du terpinol; elle pourrait donc lui être substituée avec avantage.

M. JOSIAS, au nom d'une Commission dont il est rapporteur, fait la critique d'un travail de M. Barbier sur le diagnostic par la *bactériologie de la diphtérie* et le traitement de cette maladie. Au point de vue thérapeutique, M. Barbier donne la préférence au phénol sulforiciné de M. Berlioz, moins désagréable que la solution de M. Gaucher. Quant aux conseils pour la trachéotomie, ils n'ont rien qui puisse constituer une innovation.

M. HUCHARD. — 1° *Danger et contre-indication de la morphine dans l'asphyxie de l'angine de poitrine.* — La douleur n'est pas l'accident le plus important de l'angine de poitrine: c'est la syncope. Il est des cas d'angine de poitrine où le malade ne meurt pas subitement, mais dans lesquels il est pris de dyspepsie avec œdème pulmonaire qui amène la mort en 3, 4 ou 6 heures. Dans ces cas combattre la douleur par la morphine est au moins inutile et fait perdre un temps précieux; il faut agir rapidement par des injections répétées d'éther, de caféine, de trinitrine, par des inspirations de nitrite d'amyle. Cette forme de l'angine de poitrine a été expérimentalement déterminée par Betheleim, au moyen de la compression de l'artère coronaire antérieure; le ventricule gauche diminue ses contractions, tandis que le ventricule droit, continuant à bien fonctionner, ne tarde pas à causer de l'œdème pulmonaire et l'asphyxie.

2° *Sur les causes d'insuccès de la digitale.* — M. Huchard divise en trois groupes les causes d'insuccès de ce médicament si précieux. Ces causes tiennent: 1° au médicament; 2° à la maladie et au malade; 3° au mode d'administration.

1° Les raisons d'insuccès dus au médicament proviennent de sa mauvaise qualité et elles sont trop connues pour y insister. Aussi doit-on, pour les éviter, préférer la digitaline.

2° Les insuccès dus aux malades et aux maladies sont nombreux et nous intéressent plus particulièrement. Les pneumoniques tolèrent bien la digitale; les typhoïdiques la supportent mal. Le poison typhique en effet paraît, en ralentissant le pouls, agir un peu comme la digitale. Dans le rhumatisme articulaire aigu, la digitale abaisse insuffisamment la température. C'est dans les cardiopathies que ce médicament est surtout précieux. Toutefois, comme le fait remarquer Teissier, de Lyon, l'indication de la digitale repose sur l'état de compensation et non sur le siège de la lésion.

Il y a 4 périodes dans une cardiopathie avec lésion organique: 1° l'*Eusystolie*, la compensation est parfaite, la digitale est inutile; 2° l'*Hypersystolie*, il y a excès de compensation et la digitale est nuisible; 3° l'*Hyposystolie*, et 4° l'*Asystolie*, la compensation diminue et disparaît et la digitale est alors d'un usage précieux. L'état de la fibre cardiaque explique aussi de nombreux insuccès de la digitale, mais il ne faudrait pas, dans ces cas, être trop absolu. Souvent la faiblesse du myocarde tient plus aux barrages, aux obstacles, qu'à la dégénérescence du myocarde. L'obstacle levé, la digitale jusqu'alors inactive produit des effets merveilleux. Le barrage peut être cardiaque, par exemple quand il y a dilatation considérable et menaces de thrombose cardiaque. Une saignée préalable de 400 grammes permettra à la digitale d'agir. L'obstacle peut être hépatique et il faudra combattre la congestion du foie avant de donner la digitale. Il n'y a pas de barrage rénal et la digitale, quoi qu'on en ait dit autrefois, réussit très bien, même lorsqu'il y a imperméabilité rénale. Christison, en 1855, l'avait déjà fait remarquer: lorsqu'il y a sclérose du foie, la digitale est inactive. Withernig, du reste, avait déjà constaté que la digitale, utile dans les hydropisies généralisées, n'agissait pas dans les hydropisies enkystées. Le barrage périphérique doit être combattu par des mouchetures avant l'administration de la digitale.

M. Huchard avoue que lui le premier a trop insisté sur les dangers de l'emploi de la digitale quand il y a excès de la tension artérielle. Ce médicament régularise plus qu'il n'augmente la tension artérielle. Dans certaines arythmies, telles que le pouls à rythme couplé et tricouplé alternant, la digitale augmente les accidents. Dans les tachycardies compensatrices, sur lesquelles M. Rigal a insisté, dans les tachycardies par compression du nerf vague, dans les tachycardies bulbaires la digitale est nuisible ou tout au moins inactive. Dans l'asystolie avec dyspepsie ou état gastrique, ce médicament n'agit qu'après un purgatif;

3° Le dernier groupe de causes d'insuccès tient au mode d'administration, M. Huchard est d'avis de donner la digitale à dose massive. Il soumet ses malades au repos, au régime lacté exclusif, leur donne un purgatif et le quatrième ou cinquième jour, il leur fait prendre 50 gouttes d'une solution à 1/1000 de digitaline en une fois. Il est d'avis de ne pas donner d'autres médicaments avec la digitale pour éviter les antagonismes et bien se rendre compte de l'action du remède. Il ne conseille pas d'employer la voie hypodermique, l'absorption de la digitaline se faisant mal à cause de l'irritation qu'elle produit sur le tissu cellulaire.

J. NOIR.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 16 mars 1893. — PRÉSIDENCE DE M. SALMON.

M. ZABOROWSKI fait une communication sur un *squelette humain* découvert à Thiais. Ce squelette, trouvé en février dernier au-dessous d'une voie très fréquentée, s'est présenté à une faible profondeur dans une position oblique. Les os brisés furent enterrés au cimetière, mais on a pu reconstituer la voûte du crâne remarquable par la régularité des lignes et l'ampleur. D'après la constitution et l'aspect du tissu osseux, étant donné les particularités du gisement, le squelette peut remonter à l'époque gallo-romaine. Des fragments en ont été soumis à l'analyse ainsi que des fragments d'un autre squelette trouvé dernièrement au bas de la côte de Villejuif. M. A. Carnot, qui a fait cette analyse, a trouvé que l'âge géologique des os est en rapport constant avec leur teneur en fluor dont la proportion augmente avec l'ancienneté. M. Zaborowski estime qu'on possède, de la sorte, un critérium qui permet de déterminer pratiquement l'âge des os quaternaires et récents. C'est ainsi par exemple que le squelette de Villejuif, plus ancien, renferme une proportion de fluor presque double de celle du squelette de Thiais.

M. LETOURNEAU recherche les origines de *la circoncision en Judée*. Il rappelle l'usage de la phallotomie dans l'ancienne Egypte, alors que les arbres étaient ornés des dépouilles phaliques du vaincu. La même phallotomie existait probablement aussi chez les anciens Spartiates. Or, la Bible contient, aux livres des Rois, plusieurs versets curieux où David, par exemple, est signalé comme ayant rapporté 100 prépuces au roi pour en devenir le gendre. Il y a là probablement une survivance de l'ancienne phallotomie des Egyptiens. Dans un autre passage se trouvent stigmatisés tous ceux dont la coutume est de faire la miction debout. On trouve à ce propos l'analogie qui stigmatise et fait réprouver l'étranger qui commet le même acte de la même façon dans la plupart des pays musulmans. Y a-t-il là une habitude rare ou un simple précepte de religion?

M. CAPITAN donne lecture d'un travail de M. HOYOS sur un *cas de polydactylie* et sur un cas de *tétradactylie*.

M. AZOULAY commence la lecture d'un long mémoire de M. Jaubert *sur la taille en Corse*. La statistique consultée montre, entre autres, que la taille est d'autant plus élevée dans l'île que le canton est plus montagnard et éloigné de la cote.

M. le Dr PILLIET a étudié l'*évolution de la glande hépatique* et a constaté qu'on peut y reconnaître trois stades: 1° Glande embryonnaire formant surtout de la bile et des globules rouges, cette dernière fonction disparaissant peu après la naissance. La glande perd alors cette fonction et diminue de volume. 2° Glande adulte, son développement ou sa régénération expérimentale sont comparables à ce qu'on observe chez le fœtus, l'atrophie

de l'organe amenée par différentes lésions pathologiques est comparable également à l'atrophie qui se produit dans le foie du nouveau-né à la suite de la fonction hématopoïétique. 3° Glande sénile. L'atrophie se montre avec les mêmes caractères histologiques que chez le fœtus et l'adulte ; consécutive comme chez eux à la disparition de certains sécrétoires cellulaires, mais la régénération ne se fait plus que d'une manière incomplète ; les lésions dégénératrices des cellules l'emportent. Il est important de remarquer que l'évolution du foie est en apparence indépendante de celle de l'individu ; c'est ainsi que le foie peut présenter les caractères séniles chez des gens assez jeunes. On sait que différentes glandes de l'économie sont dites transitoires : le thymus, le testicule, par opposition à d'autres glandes permanentes dont le type est le foie. Or, cette opposition est trop tranchée et le foie peut être aussi considéré comme une glande transitoire et même, au point de vue physiologique, comme la succession de plusieurs glandes correspondant à différents âges de l'individu.

Séance du 6 avril 1893. — Présidence de M. Salmon.

M. P. Raymond présente et offre à la Société une collection de *silex taillés* recueillis dans la station de Cempuis (Oise). Ces pièces, assez grossières, prouvent l'existence d'un atelier considérable et se rapprochent de celles qu'on a déjà trouvées dans d'autres stations du midi de la France, par exemple.

M. J. Claine fait une communication sur l'existence du *culte phallique* dans l'ancien Mexique, dont des pierres, dressées en forme de phallus, récemment découvertes, font foi. Le fait n'avait pas été signalé jusqu'alors, mais ne permet aucun rapprochement de parenté avec le culte indien. — M Claine présente encore un *tintinnabulum norvégien* en forme de fouet.

M. Worms commente, à propos de la *phallotomie*, dont la Bible a gardé les échos, un texte de H. Spencer, où la phallotomie est interprétée dans le sens d'un hommage suprême au roi, puis à un plus grand roi, à Dieu.

M. Hervé fait une communication sur le *gisement de la Torche*, dans le Finistère, où M. Duchatelier a découvert un crâne dans des amas de Kjoekemoedings. Exploré plus récemment par M. Humbert, le gisement a fourni un autre crâne qui n'appartient pas à l'époque des Kjoekemoedings dont il s'est trouvé séparé par une couche de sable. M. Humbert pense qu'il en est de même du premier. M. Hervé estime que le gisement de la Torche est néolithique et que les crânes, qui ne diffèrent pas de ceux des dolmens du Morbihan, sont également néolithiques.

G. Capus.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 8 Avril 1893. — Présidence de M. Gorecki.

Extraction de cataracte noire. Sa nature.

M. Gillet de Grandmont. — Ce n'est que depuis la découverte de l'ophtalmoscope qu'il est possible de faire un diagnostic exact de la nature des cataractes. Les difficultés sont néanmoins encore très grandes, quand il s'agit de cataractes noires. Une femme de 72 ans avait eu en 1879, les deux yeux opérés d'iridectomie. L'œil droit était atteint de cataracte nucléaire et l'autre œil était inéclairable. La pupille, en effet, était noire, et sous la cristalloïde on apercevait quelques taches blanches. Je portai le diagnostic de cataracte noire et pour l'extraire je dus employer le kystitome et le placer derrière le cristallin. En l'appliquant contre la face postérieure de la cornée, je parvins à le faire sortir, mais non sans difficulté. Le cristallin est dur, volumineux, de couleur noirâtre. Il existait une rétino-choroïdite généralisée. J'ai livré la pièce à MM. Latteux et Henocque. L'hématospectroscopie a prouvé que c'est au pigment hépatique qu'est due la coloration de la cataracte noire. Cette coloration se fait par inhibition progressive. En outre, l'étude des lésions du fond de l'œil explique la pathogénie de ces cataractes.

M. Kalt. — Je crois plutôt qu'il s'agit de pigment choroïdien, car l'acide sulfurique dilué détruit facilement le pigment sanguin, ainsi que j'ai pu m'en convaincre au traitement de coupes de cristallin noir par une solution diluée d'acide sulfurique.

M. Meyer. — Il faut, à l'exemple de de Græfe, distinguer deux variétés de cataracte noire : l'une provenant de l'absorption de la matière colorante du sang ; l'autre étant le résultat d'une sclérose très avancée.

M. Gorecki. — Dans un cas analogue à celui de M. Gillet de Grandmont, j'ai rencontré de grandes difficultés pour l'extraction du cristallin. La moitié seulement était noire.

Le prolapsus de l'iris dans l'extraction simple de la cataracte.

M. Parinaud. — Il y a deux ans, au Congrès d'Ophtalmologie, en étudiant le prolapsus de l'iris, j'en distinguais deux sortes : le prolapsus *primitif* et le prolapsus *secondaire*, tardif. Le premier est celui qui se produit après l'opération, sa condition est la position périphérique de la plaie. Il est tout indiqué de pratiquer l'incision en pleine cornée. Dans les cas où après la section cornéenne l'iris a de la tendance à sortir, il est prudent de faire l'iridectomie. L'enclavement secondaire provient de la réouverture de la plaie et se produit dans les 48 heures. Il est facile de le reconnaître : le malade éprouve subitement une petite douleur et sent une petite quantité de liquide couler sur la joue. Je pense que la production de cet enclavement secondaire est due au rétablissement précoce de la chambre antérieure. A la moindre cause, la plaie simplement coaptée se désunit et l'iris se projette au dehors. Il serait nécessaire de chercher à retarder le rétablissement de la chambre antérieure. J'y suis parvenu en faisant un lambeau qui permette la filtration de l'humeur aqueuse. Après avoir fait l'incision dans les conditions ordinaires, je tourne, avant de la terminer, la lame du couteau en avant ; cela donne à la plaie une forme trapézoïde. La cicatrisation est beaucoup plus lente dans le point où la section est linéaire, et l'humeur aqueuse peut filtrer facilement. Je voudrais aussi poser cette question : devons-nous imposer à nos malades un repos de six à huit jours ? Hutchinson et Knopp font lever leurs malades beaucoup plus tôt et ne mentionnent pas d'accidents. La plaie étant faite dans les conditions que j'ai indiquées, il n'est même pas utile de mettre le bandeau sur les deux yeux et on peut faire lever le malade dès le premier jour.

M. Vignes. — Je ne crois pas que nous ayons avantage au rétablissement tardif de la chambre antérieure : plus elle se rétablit vite, plus rapidement nous nous acheminons vers la guérison. Assurément la façon de tailler le lambeau a une importance considérable, mais surtout par l'étendue qu'on lui donne. Avec une ouverture large, la cataracte et les masses qui l'accompagnent ont une issue aisée, l'iris est moins exposé à des pressions et des contusions qui, en diminuant sa contractilité, augmentent les chances de prolapsus. Les autres causes du prolapsus sont également d'ordre mécanique. La paupière supérieure étant relevée, les contractions de la paupière inférieure sont très favorables à la production du prolapsus primitif. En effet, si les paupières sont maintenues écartées, l'issue de l'iris n'existe plus même dans le regard. L'occlusion de la paupière supérieure répartit également la pression de l'orbiculaire sur tous les points du globe. Il importe donc, après avoir bien réduit l'iris, d'appliquer la paupière supérieure sur le globe, tandis que l'inférieure est mécaniquement écartée. Le bandeau doit prendre ses points d'appui sur le front et la joue. Enfin les légers traumatismes occasionnés par le malade doivent être évités avec soin.

M. Despagnet. — La présence de nombreuses masses corticales favorise beaucoup le prolapsus de l'iris, surtout quand leur sortie laborieuse fatigue celui-ci qui ne peut plus alors se réduire facilement. La forme de la plaie décrite par M. Parinaud a une grande analogie avec celle que faisait M. Galezowski. J'ai pu en constater les inconvénients. En outre de l'astigmatisme cornéen qui est fréquent, elle détermine des accolements de l'iris à la plaie, complication au moins aussi dangereuse que le prolapsus même, puisqu'ils provoquent plus tard une irido-choroïdite. En outre, je ne vois pas l'utilité de retarder le rétablissement de la chambre antérieure ; au troisième jour, on se retrouve dans les mêmes conditions.

M. Trousseau. — Je suis porté à croire que les traumatismes, les mouvements brusques, la toux, sont les causes les plus fréquentes de l'enclavement. J'ai adopté successivement plusieurs formes de lambeau et j'ai toujours eu la même pro-

portion de prolapsus, c'est-à-dire 5, 6 et même 7 0/0. D'autre part, je ne crois pas que le non-rétablissement de la chambre antérieure ait une influence favorable. Chez un malade, une hernie de l'iris est survenue au dixième jour, la chambre antérieure n'étant pas encore reformée.

M. Parent. — Je n'ai jamais observé d'enclavement de l'iris quand la chambre antérieure ne se rétablissait pas.

M. Gillet de Grandmont. — Il importerait de bien distinguer les cas où l'on peut sans danger s'abstenir de faire l'iridectomie : ce sont ceux dans lesquels la cataracte est entièrement formée. Il est évident que la présence des masses corticales molles est une cause principale des enclavements.

M. Kalt. — Je ne suis pas d'avis de ne pas bander les yeux des opérés. Dans le mouvement du regard en bas, on voit la plaie s'entre-bâiller.

M. Masselon. — Contrairement à M. Parinaud, je crois qu'il faut obtenir un prompt rétablissement de la chambre antérieure. Il est essentiel, selon moi, que la section de la cornée soit oblique et non perpendiculaire aux lames de la cornée. Les larges couteaux remplissent cette condition en permettant de faire l'incision dans un plan parallèle à l'iris.

M. Kœnig. — Je crois, comme M. Parinaud, que le rétablissement précoce de la chambre antérieure est un facteur important dans le prolapsus de l'iris, et qu'on a tout intérêt à favoriser la filtration lente de l'humeur aqueuse Je n'ai qu'un fait à l'appui de cette proposition, mais je le cite en raison de sa rareté. J'ai opéré une malade de 76 ans qui fut d'abord très indocile pendant l'opération. Le lendemain elle voulut se lever et il fut impossible d'obtenir d'elle qu'elle restât au lit. Pendant les premiers jours le bandeau fut enlevé à plusieurs reprises. Je ne la revis que le septième jour et je redoutais fort une hernie de l'iris dans de telles conditions. En soulevant la paupière supérieure, je vis quelques gouttes d'humeur aqueuse sortir de la partie supérieure de l'incision qui avait été faite dans les conditions ordinaires, et qui seule était non coaptée. En exerçant de légères pressions sur le globe de l'œil, on pouvait aisément faire entre-bâiller cette portion de la plaie, et à chaque mouvement sortait un peu de liquide. Je ne saurais dire si la forme de mon incision se rapprochait exactement de celle décrite par M. Parinaud, mais assurément la filtration de l'humeur aqueuse, en retardant la formation de la chambre antérieure, a mis la malade à l'abri des accidents qui n'auraient pas manqué de se produire dans d'autres conditions.

M. Valude. — La division en prolapsus primitifs et secondaires doit à mon avis être conservée. Pour ma part je n'ai jamais constaté de hernies de l'iris chez les sujets atteints de maladies constitutionnelles et chez lesquels la cicatrisation est très lente à se faire. En ce qui concerne le rôle que peut jouer le non-rétablissement de la chambre antérieure pour empêcher l'enclavement, je ne saurais me prononcer, mais je crois qu'il nous faudra adopter l'opinion de M. Parinaud qui a cherché systématiquement à retarder la formation de la chambre antérieure.

M. Meyer. — Il est difficile de savoir si le prolapsus de l'iris s'est produit avant ou après le rétablissement de la chambre antérieure. Dans tous les cas, même les plus favorables, j'ai vu l'enclavement se produire. Les cas de M. Parinaud ne feraient-ils pas partie simplement d'une série ?

M. Chevallereau. — L'influence des masses corticales est indéniable. D'autre part, j'ai observé un enclavement de l'iris dans un cas où la cicatrisation avait été très retardée.

M. Gorecki. — Lorsqu'au bout de plusieurs jours la chambre antérieure n'est pas rétablie et qu'il n'y a pas de prolapsus, c'est qu'il y a un peu d'iritis On pourrait provoquer celle-ci en incisant légèrement le bord de la pupille.

M. Parinaud. — J'ai déjà dit que je cherchais systématiquement à empêcher une partie de la plaie cornéenne de sa coapter. Somme toute, cela n'a jamais été tenté. Dans les premières vingt-quatre heures, la plaie n'est coaptée que partiellement, et c'est toujours à ce moment que se produit l'enclavement ; la plaie se rouvre en totalité. Un peu plus tard, des adhérences se sont déjà formées. Si on peut donc empêcher que pendant 48 heures la chambre antérieure ne se rétablisse pas, on a de son côté toutes les chances pour éviter le prolapsus.

Un cas d'atrophie optique à la suite de l'intoxication iodoformique chez un brûlé.

M. Valude. — A la suite d'un pansement iodoformé employé pour une vaste brûlure chez un petit malade du service de M. de Saint-Germain, des accidents tels que la céphalalgie, les vomissements furent le prélude d'une cécité complète. Un an après, la cécité avait persisté et les pupilles étaient blanches et atrophiées. L'amaurose ayant coïncidé avec les accidents d'intoxication iodoformique, et, de plus, ceux-ci ayant une action spéciale sur le cerveau, il y a lieu d'établir une relation de cause à effet entre l'intoxication et l'atrophie optique.

E. Kœnig.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 avril 1893. — Présidence de M. Levasseur.

M. le Dr Philbert présente à la Société une étude sur les indications thérapeutiques des eaux de Brides-les-Bains et de Salins-Moutiers.

M. le Dr Treille dépose, au nom de M. le Dr Marchoux, un rapport sur la *vaccination en Cochinchine.* D'abord on vaccina de bras à bras ; mais cette méthode propagea et la lèpre et la syphilis. On recourut au vaccin de génisse; or, comme en Cochinchine les génisses supportent mal le climat et sont anémiques et malades, le vaccin dégénéra peu à peu, et les vaccinations donnèrent lieu à un grand nombre de mécomptes ; on eut alors l'idée de créer un institut vaccinogène sur des jeunes buffles : le vaccin ainsi obtenu fut de très bonne qualité, non atténué, inaltérable, et très virulent. Les résultats des vaccinations furent très bons.

M. le Dr Napias. — *Le typhus en France. — Exposé de la situation et de la marche de l'épidémie.* — Vers le milieu de mars 1893 on observa, au Dépôt, quelques cas de typhus, ainsi qu'à Nanterre et qu'à la Santé. Il y eut à Paris une quarantaine de décès sur une centaine de cas. On chercha alors d'où pouvait venir cette épidémie : les renseignements fournis par l'enquête montrèrent que l'épidémie avait pris naissance à Lille. En effet, le mois dernier, il y avait eu à Lillle 16 décès par typhus : un vagabond venu de Lille avait apporté la maladie à Paris. M. Napias, dans son enquête minutieuse, a pu suivre pas à pas l'épidémie et retrouver le premier malade. Grâce aux précautions prises par l'autorité militaire, aucun cas n'a été observé dans la garnison. Lille et Amiens contagionnées ont contagionné à leur tour les villages voisins où couchaient les vagabonds de passage, les dépôts et asiles étant généralement très mal tenus et dans un état déplorable ; ce sont de véritables foyers d'infection. En résumé, en comptant Paris, Lille, Amiens, et les foyers secondaires, on compte à présent 400 malades atteints de typhus, et 132 décès. M. Napias passe ensuite en revue les mesures prises et à prendre et insiste sur le vagabondage, véritable péril pathogénique. Les conclusions proposées par M. Napias sont adoptées à l'unanimité par la Société.

MM. Crimail (de Pontoise) et Laugier (de Nanterre) font part de leurs observations relatives à des cas de typhus observés par eux.

M. Netter prend la parole sur les signes du typhus et insiste sur la nécessité de faire rapidement le diagnostic pour éviter la contagion. Martha.

THÉRAPEUTIQUE

De la cure du diabète à la Bourboule;

par le Dr Danjoy, président de la Société d'hydrologie, Paris, 1889.

Ce remarquable travail, tout récemment récompensé d'une médaille d'or par l'Académie de médecine, n'a été tiré qu'à un très petit nombre d'exemplaires destinés aux amis du regretté Dr Danjoy. Nous croyons donc faire œuvre utile en en donnant ici un résumé fidèle.

L'auteur, qui avait déjà présenté en 1876 une étude sur le diabète à la Société d'hydrologie, commence par répondre à certaines objections qui lui ont été faites: D'abord

quelle part dans les succès obtenus à la station thermale faut-il accorder au traitement lui-même, quelle part au repos, à la distraction, au séjour dans les montagnes?... Il répond en rappelant les deux observations concluantes, citées dans son premier travail, de diabétiques traités par l'eau transportée, à l'hôpital Lariboisière, dans le service du docteur Proust. Nous y ajouterons, puisque l'occasion s'en présente, une observation recueillie dans le service du Dr Landrieux, à l'hôpital Saint-Antoine :

M. G..., employé d'octroi, entré le 12 mars 1889. Diabétique depuis six ans. Insomnies, troubles de la vue ; bourdonnement d'oreille. Varices aux jambes ; réflexes rotuliens abolis ; mal perforant au gros orteil du pied droit.

12 mars. — Urine 2 litres par jour. *Sucre total : 94 grammes.*

Traitement : Viande rôtie, bromure de potassium, eau de la Bourboule (source Choussy).

1er avril. — Même quantité d'urine. *Sucre total : 8 grammes.*

15 avril. — *Sucre* : NÉANT. Etat très satisfaisant. Le mal perforant est en voie de cicatrisation.

Cet exemple, comme ceux des diabétiques de Lariboisière, établissent à la fois l'efficacité du traitement en dehors des causes accessoires, et l'action de l'eau transportée prouve en même temps que le succès n'est pas dû, comme on l'a prétendu, à la chaleur de l'eau ingérée, ainsi que cela résulte d'ailleurs *a priori* de l'utilité bien connue des sources froides des Célestins et de Vals, pour la cure du diabète.

Cela dit, M. Danjoy étudie rapidement les différentes formes du diabète. Il rappelle que Seegen distinguait le grand et le petit diabète, et que Frerichs a maintenu cette division, en classant à part la glycosurie.

Lécorché distingue encore le diabète goutteux, dont généralement tous les symptômes sont atténués, et qui est très sensible à la médication alcaline. Quant au diabète gras et au diabète maigre, ce sont plutôt deux périodes de la maladie que deux espèces différentes. Sans nier l'utilité pratique de ces divisions, M. Danjoy signale une variété qui a un grand intérêt pour les médecins de la Bourboule, c'est le diabète azoturique, tout spécialement justiciable de cette station thermale.

Pour Frerichs, Bouchard, Demange, l'azoturie est une complication accidentelle que l'on ne peut ne pas rencontrer ; pour Lécorché, c'est un symptôme essentiel du diabète. S'il y a azoturie par hypernutrition, c'est excès de vitalité ; les eaux fortement alcalines sont indiquées, Vichy, Vals, Carlsbad. Si l'azoturie est faible, elle est due à la dénutrition ; il faut alors recommander les eaux reconstituantes telles que la Bourboule. Encore Lécorché reconnaît-il ailleurs que la Bourboule enraye puissamment le mouvement nutritif et diminue les pertes d'urée, ce qui justifie aussi son emploi dans l'azoturie prononcée. La clinique corrobore d'ailleurs cette déduction ; car les cas où l'urée était en excès ont donné à M. Danjoy la plus forte proportion d'améliorations, tant pour la diminution du sucre que pour celle de l'urée.

Voyons maintenant l'action des principaux éléments constituants de l'eau de la Bourboule sur le diabète :

Les alcalins sont classés par Lécorché au nombre des antidiabétiques complets ; et, en effet, de tout temps les eaux alcalines de Vals ou Vichy ont été employées avec succès, diminuant le sucre, la polyurie, la soif et l'insomnie, ramenant l'embonpoint. Leur action sur l'urée est plus contestée.

D'après Durand-Fardel, s'appuyant sur les recherches de Desbrets, pharmacien à Vichy, dont les études ont porté sur 298 cas, les eaux de Vichy agiraient comme un régulateur de l'assimilation, abaissant la proportion de l'urée en excès, la relevant en cas d'insuffisance. Coignard accuse de son côté une augmentation faible, mais constante, de l'urée. D'autre part, Vichy, considéré comme représentant la médication alcaline pure, ne réussit pas toujours. Daprès Durand-Fardel, ces eaux sont contre-indiquées chez les diabétiques arrivés à un certain degré d'épuisement nerveux. Enfin, chez beaucoup de malades, les eaux alcalines, après avoir réussi dans les premiers jours, perdent ensuite toute leur efficacité (Frerichs).

Le chlorure de sodium semble être plutôt un adjuvant. Toutefois, Bouchardat et Rabuteau le préconisent, et même ce dernier se demande si l'efficacité des alcalins ne vient pas de leur transformation, dans l'estomac, en chlorure de sodium. Lécorché aussi recommande les eaux chlorurées sodiques, qui, en tout cas, agissent comme reconstituantes, de même que les bains de mer.

(*A suivre*).

VARIA

Association des Médecins de la Seine.

Assemblée du 23 avril 1893.

A la séance annuelle de l'Association des Médecins de la Seine, qui a eu lieu dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, M. le Dr Brouardel a donné d'intéressants renseignements sur la situation des médecins dans le département de la Seine. M. Brouardel, après avoir constaté que le nombre des médecins qui font appel à la caisse de l'Association va sans cesse croissant, en a donné les raisons suivantes :

« La cause principale de cette marche ascendante, a-t-il dit, c'est que le nombre des médecins dans la Seine croit plus vite que la population ; si les médecins vantent volontiers les beautés de la décentralisation, celle-ci est, de leur part, l'objet d'un culte absolument platonique. La France, en 1891, comptait 12,324 docteurs, sur lesquels 2,419 sont domiciliés dans la Seine (le cinquième) ; de 1886 à 1891, le nombre total des docteurs s'est accru en France de 324 unités ; dans la Seine, le nombre s'est accru de 231, c'est-à-dire que la Seine a absorbé à elle seule les trois quarts de l'augmentation. En 1891, la France comptait 2,214 officiers de santé ; la Seine, 208, c'est-à-dire le dixième de la totalité : or, de 1886 à 1891, le nombre total des officiers de santé a diminué de 580 ; il s'est accru dans la Seine de 26. Le courant qui fait affluer les médecins dans la Seine est de plus en plus prononcé : or, nous avons déjà un praticien pour 1,185 habitants. Il ne faut pas oublier les 1,787 sages-femmes qui résident dans notre département. La population du département de la Seine ne représente pas tout à fait la dixième partie de la population totale de la France ; elle est servie par la sixième partie de ceux qui ont le droit d'exercer légalement la médecine, sans compter ceux qui prêtent leur concours illégal à la corporation médicale. Messieurs, nous sommes en présence d'une situation qui va sans cesse s'aggravant. Lorsqu'une population de 1,000 à 1,200 habitants doit nourrir un médecin, celui-ci ne peut vivre. Il faut donc, Messieurs, nous préparer à de nouveaux efforts. Nos recettes augmentent, mais nos dépenses ne peuvent, elles aussi, que suivre une courbe toujours croissante. Notre devoir est bien clair : nous devons solliciter de nouvelles adhésions. »

Excursion sur la Méditerranée à l'occasion du Congrès international de médecine de Rome.

La *Orient steam navigation Company* aménage un de ses plus beaux bateaux, *Garonne* (de près de 4,000 tonneaux) dans le but de transporter directement, de Londres à Rome, les membres du Congrès international de Médecine.

Départ de Londres, le 12 septembre ; arrêt à Cadix, le 17 septembre (arrêt suffisant pour visiter Séville) ; arrivée à Civita-Vecchia, le 23 septembre (train spécial pour Rome). — Départ de Civita-Vecchia le 27 septembre, ou de Naples le 28 ; au retour on touche à Malaga, à Lisbonne et à Plymouth (12 octobre). Retour à Londres, le 13. Prix total du voyage : 40 guinées (1,050 francs environ) (1). — S'adresser, pour renseignements, à M. Anderson and Co, 5, Fenchurch avenue, London, E. C. M. B.

Excursion en Suisse et dans l'Italie du Nord à l'occasion du Congrès international de médecine de Rome.

Après des démarches faites par le Secrétaire général du Comité français d'Initiative et de Propagande du Congrès

(1) Voyage d'aller, seulement £ 25 (600 francs environ) ; voyage de retour, de Civita-Vecchia, £ 30 ; de Naples, £ 25. — Très belle excursion pour les personnes qui ne craignent pas la mer.

international de médecine de Rome, l'*Agence française des voyages économiques* a organisé une excursion à prix réduits pour les Congressistes qui, en se rendant à Rome, désirent visiter la Suisse et passer par le Saint-Gothard (1). L'itinéraire de cette excursion, essentiellement privée et réservée uniquement aux membres du Congrès et à leur famille, n'est pas encore définitivement fixé; mais nous savons qu'on partira vers le 10 septembre et qu'on sera rentré à Paris vers le 5 ou 6 octobre. — Nous nous permettons de recommander tout particulièrement cette excursion à nos jeunes collègues d'internat, que les fatigues et les ennuis d'un voyage rapide, fait en commun — mais très instructif — sont incapables d'arrêter.

M. B.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 1er. — Dissection : MM. Marchand, Reynier, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (Ire *partie*). (Ire *série*) : MM. Farabeuf, Dejerine, Lejars. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Retterer, Sébileau. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Marie, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Delbet, Varnier. — (2e *partie*) : MM. Straus, Letulle, Gaucher.

MARDI 2. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Rémy, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (Ire *partie*). (Ire *série*) : MM. Guyon, Quénu, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Gley, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (Ire *série*) : MM. Le Fort, Duplay, Schwartz. — (2e *série*) : MM. Panas, Brun, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Dieulafoy, Charrin. — (Ire *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Nélaton.

MERCREDI 3. — Dissection : MM. Terrier, Lejars, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Farabeuf, Ricard, Netter. — (2e *série*) : MM. Reynier, Retterer, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Tuffier, Varnier. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Chauffard.

JEUDI 4. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Schwartz, Albarran. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Panas, Cornil, Poirier. — (2e *série*) : MM. Le Fort, Rémy, Marfan. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) ; MM. Guyon, Brun, Maygrier. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Chantemesse. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Joffroy, Gilbert.

VENDREDI 5. — Dissection : MM. Marchand, Poirier, Sébileau. 2e *de Doctorat*, oral (Ire *partie*) : MM. Farabeuf, Tuffier, Retterer. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Reynier, Netter, Weiss. — (2e *série*) : MM. Gariel, Dejerine, Villejean. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Tillaux, Jalaguier, Lejars. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Straus, Brissaud, Gaucher. — (2e *série*) : MM. Potain, Chauffard, Marie. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque. MM. Pinard, Terrier, Varnier.

SAMEDI 6. — Dissection : MM. Duplay, Remy, Quénu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse, Gley. — (2e *série*) : MM. Laboulbène, Poirier, Heim. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hotel-Dieu. (1re *série*) : MM. Panas, Schwartz, Brun. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Bouchard, Ballet, Gilbert. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 3. — M. Warde (James). De l'intervention chirurgicale dans les rétrodéviations de l'utérus. — M. Mulliez. De l'extirpation dans les synovites à grains riziformes. — M. Gilis. Traitement des fractures de la rotule par la suture. (Description du procédé dit en lacet de M. le Dr Ch. Périer). — M. Vallais. Contribution à l'étude des causes de l'accouchement prématuré.

JEUDI 4. — M. Weismann. Traitement des suppurations de l'attique. — M. Calbet. Contribution à l'étude des tumeurs congénitales d'origine parasitaire de la région sacro-coccygienne.

NOUVELLES

CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS. — Le Conseil général des Faculté et Ecole de pharmacie de Paris s'est réuni cette semaine en Sorbonne, sous la présidence de M. le recteur Gréard. Il a pris connaissance de la correspondance et en particulier de la demande formée par l'Institut impérial de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg, à l'effet d'obtenir l'échange de ses publications avec celles des Facultés de Paris.

(1) La carte de Congressiste ne donne droit à aucune réduction sur les chemins de fer suisses ; c'est pour cela que nous avons dû recourir à l'initiative privée pour le voyage par le Saint-Gothard.

ECOLE DE PHYSIQUE DE PARIS. — L'Ecole municipale de physique et de chimie de la ville de Paris a ouvert depuis le 1er avril 1893 un laboratoire de chimie de 4e année, où elle reçoit non seulement les anciens élèves de l'Ecole désirant se perfectionner dans les manipulations, mais aussi les personnes étrangères à l'Ecole, désirant faire des recherches originales dans un but scientifique ou industriel. Avis aux étudiants en médecine, que la chimie n'effraie pas.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Herborisations.* — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 30 avril 1893. Rendez-vous à la gare Montparnasse, à 11 h. 40, pour le train partant de Paris à 12 h. 5, pour la station de Viroflay, retour par Meudon.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — *Ecole des Naturalistes-voyageurs.* — Mardi dernier, 25 avril, a eu lieu, au Muséum d'histoire naturelle, la leçon d'ouverture des cours destinés aux voyageurs qui désirent rapporter des collections variées de leurs expéditions lointaines. Elle a été faite par le directeur du Muséum, M. le Pr Milne-Edwards. C'est là une excellente idée, mise déjà à exécution au commencement de ce siècle et reprise aujourd'hui avec conviction par les professeurs de notre grand établissement scientifique. Bien des médecins de marine, naturalistes à leurs heures, pourraient assister avec profit à ces cours et conférences, très bien agencés et disposés dans l'espace de quelques semaines. Pourquoi nos confrères, à l'humeur... biologique et voyageuse, ne demanderaient-ils pas un congé et ne quitteraient-ils pas leur port d'attache pour venir assister à ces leçons ?

M. B.

HÔPITAUX DE NANTES. — Notre excellent camarade d'internat et des *Archives provinciales de Chirurgie*, M. le Dr Edmond VIGNARD, vient d'être nommé, après concours, chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes. Nous lui adressons toutes nos félicitations.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'Hygiène sociale.* — Professeur : M. le Dr A.-J. Martin. — La conférence pratique du dimanche 30 avril 1893 aura lieu, à l'observatoire de la Tour Saint-Jacques, rue de Rivoli, à 9 heures et demie très précises du matin.

SERVICES SANITAIRES. — Par arrêté de M. le Ministre de l'Intérieur, en date du 22 avril, M. le Dr A. CHANTEMESSE est nommé inspecteur général adjoint des services sanitaires. — Nous adressons nos plus vives félicitations à notre collaborateur et ami. Il est absolument compétent pour bien remplir les fonctions qu'on lui confie.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Réserve.* — M. le médecin inspecteur Baudouin, directeur du service de santé à Paris, est placé dans le cadre de réserve.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. Edmond Gain, professeur d'histoire naturelle à l'Institut commercial de Paris, vient d'être chargé par M. le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, d'une mission scientifique en Algérie et en Tunisie. M. Gain poursuivra dans ces deux pays ses études de physiologie végétale.

MÉDECINS CONSEILLERS MUNICIPAUX. — Au dernier scrutin de ballottage des élections du Conseil municipal de Paris, ont été nommés : M. Deschamps (Ve arrondissement) ; M. le Dr Navarre.

EXPOSITION INTERNATIONALE DE CHICAGO. — M. le Dr Marcel BAUDOUIN, membre des Comités Chicago, est nommé, par arrêté ministériel du 10 avril dernier, membre du Jury international de l'Exposition de Chicago. Les membres du Jury doivent être rendus à Chicago le 1er juin prochain.

CONFÉRENCE SANITAIRE DE DRESDE. — L'Angleterre a accepté les résolutions de la conférence sanitaire de Dresde.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION AMÉRICAINE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le prochain Congrès de l'Association américaine pour l'avancement des sciences se réunira à Madison (Wiconsin), en août 1893.

EPIDÉMIES. — *Le typhus à Mantes.* — Dans la séance du Comité consultatif d'hygiène de France, qui a eu lieu cette semaine, au ministère de l'intérieur, M. le Dr Napias a donné lecture d'un rapport relatif à un voyage qu'il a fait, ces jours derniers, à Mantes-la-Jolie, afin d'examiner quelques cas de typhus qui ont été constatés à l'hôpital de cette ville. M. Napias a déclaré que le germe de la maladie avait été importé par des personnes étrangères à la ville et qui avaient été recueillies à l'hôpital. Sauf un infirmier qui a contracté la terrible maladie en soignant les malades, aucun habitant de Mantes n'a été atteint. Deux des malades sont morts et deux autres sont en traitement ; mais les mesures les plus énergiques ont été prises pour empêcher la propagation de la maladie et l'on peut dire aujourd'hui que tout danger est conjuré. Au cours de la visite qu'il a faite à

l'hôpital de Mantes, M. Napias a reconnu qu'il était nécessaire d'installer dans cet établissement une étuve à désinfection.

Le typhus à Paris. — L'épidémie typhique qui a sévi à la prison de la Santé est aujourd'hui terminée Aucun décès n'est survenu depuis le 9 avril. Les trois convalescents signalés dans le bulletin du 10 du courant sont guéris. Le Dr Barrauld, médecin de l'établissement, ne fournit plus d'état de situation à l'administration.

Le typhus à Paris. — M. le Préfet de police vient d'aviser les commissaires de police qu'à partir de lundi 23 avril, les individus arrêtés devront être, comme par le passé, dirigés sur le Dépôt, et les aliénés, les enfants assistés et égarés, envoyés à l'infirmerie spéciale. Les travaux d'assainissement sont complètement terminés, et le « violon central » est prêt à recevoir ses hôtes ordinaires.

Le typhus en France. — En raison de l'épidémie de typhus qui règne à Lille et à Amiens et qui a été propagée dans d'autres localités, le Conseil central d'hygiène vient de décider la désinfection journalière des voitures de troisième classe de la Compagnie du Nord. — La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle vient d'adresser à tous les médecins de France une circulaire inspirée par la petite épidémie de typhus signalée dans certaines régions. Cette circulaire demande aux médecins de faire parvenir à la Société une note sur tous les faits de nature à lui permettre d'établir les conditions du développement et de la transmission du typhus et d'indiquer les mesures à prendre pour s'en préserver.

LE CHOLÉRA. — *Mesures préventives en Angleterre.* — Les ports anglais continuent à préparer les mesures préventives contre l'invasion possible du choléra. Le Conseil d'hygiène de Cardiff a pris les décisions suivantes, qui auront leur effet à dater du 1er mai prochain. Un remorqueur sur lequel embarqueront un médecin et un inspecteur de la santé se rendra au-devant de tous les navires qui seront signalés sur la rade par les sémaphores. A bord du steamer seront chargés 500 litres de désinfectants énergiques et des barils d'eau fraîche, qui seront toujours remis aux navires arrivants, lesquels pourront ainsi se débarrasser de leur vieille provision d'eau. Un pont couvert sera spécialement aménagé sur le remorqueur pour recevoir les malades en cas de besoin. Aucun navire ayant eu un décès à bord pendant la traversée ne sera admis en libre pratique.

LE CANCER EN ANGLETERRE. — La mortalité par le cancer serait en progression continue en Angleterre, d'après M. Roger William. De 1 sur 140 décès en 1838, elle est montée à 1 pour 74 en 1850, 1 pour 62 en 1860, 1 pour 54 en 1870, 1 pour 40 en 1880 et 1 pour 28 en 1890. Le même accroissement s'observe d'ailleurs en Ecosse, en Norwège, en Hollande, en Prusse, en Australie. En Irlande seulement, la mortalité, du fait de cette maladie, est plutôt en décroissance (*Rev. sc.*).

NÉCROLOGIE. — M. Joseph MELON (Em. Noll), rédacteur au *Figaro* pour les comptes rendus scientifiques de l'Institut, décédé à Paris à l'âge de quarante-huit ans. Sa physionomie était bien connue des habitués des Sociétés savantes. Il fut un des derniers descendants des héros chantés par Murger. Sous l'apparence très fruste d'un philosophe désillusionné et d'un bohême de mise quelque peu négligée, Noll cachait une érudition profonde qui lui avait valu l'estime d'hommes illustres, et des qualités exquises de cœur, de dévouement, de philanthropie même, bien connues des pauvres plus malheureux que lui. Bien qu'il eût la verve très caustique et le trait souvent bien acéré, Noll emporte les regrets de beaucoup de savants parmi les plus illustres et de ses confrères qui, tous, rendaient hommage à son talent. Il laisse quelques travaux afférant à des questions de haute mathématique, et des notes nombreuses qu'il se proposait de publier sous le titre : *Les Silhouettes de l'Institut.*—M. le Dr Alphonse MONTANGIE, attaché comme médecin à la mission de van Kerckhoven, en expédition au Congo. La dépêche de Boma contenant cette information était adressée à Ostende, où habite la famille Montangie. Elle ne donne aucune indication concernant le lieu ni la date de la mort du docteur Montangie. Celui-ci avait quitté la Belgique au mois d'avril 1891 pour le Congo et il comptait revenir en Europe à la fin de la présente année. — M. le docteur Charles de VILLIERS, membre, depuis 1862, de l'Académie pour la section d'accouchement. Docteur en 1838, M. de Villiers avait rempli pendant plusieurs années les fonctions de chef de la clinique obstétricale de Paul Dubois. Il était rapporteur de la section d'hygiène de l'enfance, depuis la création de la commission, en 1870. Presque tous ses travaux, qui sont importants et connus, sont relatifs à des questions spéciales d'obstétrique. M. le Dr de Villiers était âgé de 80 ans. — Un des représentants les plus distingués de la science anthropologique, M. le Dr HARTMANN, professeur d'anatomie à l'université de Berlin, vient de mourir à l'âge de 62 ans. Après de longs voyages en Afrique, il avait publié des ouvrages qui lui avaient rapidement conquis une très grande notoriété et une autorité incontestable, entre autres sur les nègres, sur l'Abyssinie et ses habitants, sur Madagascar et ses habitants, sur les gorilles et les singes anthropomorphes.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL NECKER. — *Clinique des voies urinaires* — Service de M. le Pr Guyon. — MM. les Drs Legueu, Hallé et Chabrié commenceront, le 5 juin prochain, à 5 heures 1/2, un cours complémentaire sur la clinique, la médecine opératoire, la bactériologie, l'histologie normale et pathologique et la chimie des voies urinaires. Le nombre des élèves étant limité, on est prié de se faire inscrire d'avance, à la Clinique de Necker, pour l'un ou l'autre de ces cours.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr BONNAIRE, accoucheur du Bureau central : le mardi, à 5 h. 1/4 ; jeudis, samedis et mardis (Amphithéâtre Velpeau). Le cours sera complet en deux mois et demi environ. — A la fin du cours, *Manœuvres opératoires*, conférences par M. le Dr LEGRY. — M. le Pr BUDIN, chef de service, tous les jours à 9 heures du matin. *Leçon clinique*, le jeudi, à 10 h. 1/2.

HÔPITAL LAENNEC. — *Cours de médecine pratique.* — Le Dr Landouzy, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Laënnec, y a commencé, le jeudi 27 avril, un cours de médecine pratique. Le jeudi : Dr Landouzy, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (clinique). Le vendredi : Dr Queyrat, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (microbiologie clinique). Le samedi : Dr Paul Claisse, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (séméiotique). Le lundi : Dr Queyrat, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (microbiologie clinique). Le mardi, 10 heures : consultation ; le mercredi, 9 h. 1/4 : examen des malades. Le lundi et le vendredi : Dr Queyrat, 2 heures, exercices pratiques de bactérioscopie appliquée au diagnostic des maladies communes (diphtérie, tuberculose, fièvre typhoïde, pneumonie, charbon, tétanos, etc., etc.). Le cours complet durera deux mois ; pour les exercices pratiques de microbiologie au laboratoire, les places étant limitées, s'inscrire d'avance, au laboratoire, le matin, de 9 heures à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL reprendra ses *conférences cliniques* le mercredi 3 mai, à 10 heures, et les continuera, les mercredis de chaque semaine, à la même heure (Salle des Conférences). Lundi, traitement chirurgical des maladies de la peau. Jeudi, consultation externe. Vendredi, examen et discussion des malades nouveaux.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 18. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 6 MAI 1893.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat (Service des consultations et service hospitalier) pendant l'année 1892);

par Félix TERRIER, chirurgien de l'hôpital Bichat, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

2e SÉRIE : III, 1892.

A. CONSULTATIONS.

1° Comme je l'ai déjà indiqué l'an dernier, la *consultation chirurgicale externe* de l'hôpital est faite sous mon contrôle par un de mes anciens internes, M. Maurice Péraire, assisté de deux externes. Le personnel, *fort insuffisant malgré mes réclamations*, se compose toujours d'un garçon de salle, qui s'occupe des consultants de médecine et de chirurgie, méthode déplorable bien entendu, et d'une première fille de salle, fort dévouée, s'efforçant de tenir aussi proprement que possible notre consultation de chirurgie et qui, *par celà même surmenée, a été gravement malade* (1).

Pendant l'année 1892, 10.578 malades ont été soignés à la consultation, se répartissant de la façon suivante :

Janvier	763
Fevrier	760
Mars	789
Avril	826
Mai	763
Juin	934
Juillet	1.015
Août	1.217
Septembre	1.067
Octobre	832
Novembre	834
Décembre	778
Total	10.578

Le maximum des consultants a été de 1.217 en août, et le minimum de 760 en février.

La moyenne a été de 881 par mois. (Elle était de 879 en 1891).

Sur ces 10.578 malades, qui sont venus, soit se faire panser, soit consulter, 252 ont subi de petites opérations qui n'ont pas entraîné leur hospitalisation. Toutes ces opérations ont été pratiquées suivant le *modus faciendi*, déjà décrit par nous l'an dernier, nous n'y reviendrons donc pas (2).

Les solutions antiseptiques et les pansements antiseptiques, n'ont été utilisés que dans le traitement des plaies primitivement infectées, ou infectées par de mauvais pansements antérieurs, ce qui est le cas le plus fréquent.

L'asepsie pure et simple a été le plus souvent employée toutes les fois que la région à opérer, était elle-même aseptique.

La stérilisation des instruments se fait toujours par l'ébullition dans une solution de carbonate de soude à 1 pour cent.

L'anesthésie générale des opérés a été faite le plus souvent avec le bromure d'éthyle et il n'est pas arrivé d'accidents ou même d'incidents. Remarquons, toutefois, que M. M. Péraire utilise cet agent anesthésique *à doses faibles et continues*, et qu'il ne l'a jamais employé à doses massives suffocantes, comme on l'a conseillé et comme nous l'avons vu appliquer nombre de fois.

La pulvérisation d'éther avec l'appareil de Richardson, pour l'anesthésie locale, a été à peu près abandonnée, le chlorure d'éthyle lui étant de beaucoup préférable, et c'est ce produit qui nous a rendu les plus grands services. Exceptionnellement, on a eu recours aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne.

Nous donnons ci-dessous la liste des opérations faites à la consultation, liste qui nous a été remise par notre ami et ancien interne, M. le Dr Maurice Péraire :

1° Opérations pratiquées sur la tête et la face (69 opérations.)

Loupes du cuir chevelu. Ablation.	11	opér.	11	guérisons.
Plaies du cuir chevelu. Sutures.	4	—	4	—
Anévrysme cirsoïde du cuir chevelu. Excision. Sutures	1	—	1	—
Plaies de la région frontale. Sutures.	5	—	5	—
Ostéo-périostite du frontal. Incision et grattage.	2	—	2	—
Gommes du frontal. Incision et grattage	2	—	2	—
Angiome de la région temporale. Ablation	1	—	1	—
Papillome ulcéré de la région temporale Ablation.	1	—	1	—
Ostéite des os propres du nez. Grattage	1	—	1	—
Papillome du nez. Ablation.	1	—	1	—
Fibrome auriculaire. Ablation.	1	—	1	—
Plaie de la joue. Sutures	1	—	1	—
Kyste sébacé suppuré de la joue. Grattage.	1	—	1	—
Kyste sébacé de la joue. Ablation	2	—	2	—
Papillome corné de la joue. Ablation	1	—	1	—
Plaies de la lèvre supérieure. Avivement et sutures .2	2	—	2	—
Plaies de la lèvre inférieure. Sutures.	1	—	1	—
Ostéo-périostite du maxillaire supérieur. Incision et grattage.	1	—	1	—
Epulis du maxillaire supérieur. Ablation au thermocautère et grattage.	1	—	1	—
Ostéo-périostites du maxillaire inférieur. Incision et grattage.	6	—	6	—
Epulis du maxillaire inférieur Ablation au thermocautère et grattage	3	—	3	—
Plaie du menton. Sutures.	1	—	1	—
Epithélioma du menton. Ablation.	1	—	1	—
Hypertrophie des amygdales Ablation	6	—	6	—
Grenouillettes sublinguales. Excision, drainage, fixation du drain à la poche par deux points de suture.	1	—	1	—
Excision, cautérisation au nitrate d'argent	1	—	1	—
Excision, cautérisation au thermocautère. Drainage	1	—	1	—
Adénites sous-maxillaires. Incision et curettage	[illegible]	—	[illegible]	—
Ganglion tuberculeux sous-maxillaire Ablation.	1		1	—

(1) Sur ma demande, un garçon de service vient d'être adjoint à cette première fille pour l'année 1893.

(2) *Remarques sur les consultations externes et sur la statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'année 1891*, in *Progrès médical*, 26 mars 1892, n° 13, p. 233 et tirage à part.

2° *Opérations pratiquées sur le cou*
(48 opérations.)

Abcès froid de la nuque. Grattage.	2	—	2	—
Anthrax de la nuque. Débridement au thermo-cautère.	2	—	2	—
Ganglion cervical tuberculeux. Ablation	2	—	2	—
Adénites tuberculeuses suppurées. Grattage.	34	—	32	—
Deux encore en traitement.	»	—	2	améliorat.
Adéno-phlegmons sus-hyoïdiens. Incision.	3	—	3	guérisons.
Kyste sébacé du cou. Ablation.	1	—	1	—
Goitres folliculaires. Injections de teinture d'iode.	2	—	1	améliorat.
		»	1	guérison.
Adénites tuberculeuses sus-claviculaires. Curettage et drainage.	2	—	2	—

3° *Opérations pratiquées sur le thorax et les seins*
(12 opérations.)

Ostéo-périostite du sternum. Grattage.	1	opér.	1	guérison.
Gomme tuberculeuse de la paroi thoracique. Ablation.	1	—	1	—
Ostéite tuberculeuse costale avec abcès. Grattage. Encore en traitement	1	—	1	améliorat.
Papillome de la région sous-claviculaire. Ablation.	1	—	1	guérison.
Adéno-phlegmon sous-pectoral Grattage	1	—	1	—
Tumeurs adénoïdes du sein. Ablation.	3	—	3	—
Tuberculose de la glande mammaire. Ablation. Encore en traitement.	1	—	1	améliorat.
Molluscum pendulum de la région dorsale. Ablation.	1	—	1	guérison.
Kyste sébacé de la région dorsale.	1	—	1	—
Papillome de la région dorsale.	1	—	1	—

4° *Opérations faites sur les membres supérieurs*
(80 opérations.)

Abcès tubéreux de l'aisselle. Grattage	2	opér.	2	guérisons.
Adénites axillaires. Grattage.	8	—	8	—
Adéno-phlegmons de l'aisselle. Curettage	4	—	4	—
Epithélioma cutané de l'épaule. Ablation	1	—	1	—
Hygromas du coude. Extirpation après grattage.	10	—	10	—
Plaie du coude. Avivement et sutures.	1	—	1	—
Anthrax de l'avant-bras. Grattage et cautérisation au thermo-cautère.	1	—	1	—
Plaie de l'avant-bras. Avivement et sutures	1	—	1	—
Plaie du poignet. Ligature de la radiale. Sutures.	1	—	1	—
Plaie simple du poignet. Sutures	1	—	1	—
Kystes synoviaux du poignet. Ablation	4	—	4	—
Plaie des doigts. Sutures.	1	—	1	—
Tumeur érectile du pouce. Ablation.	1	—	1	—
Ostéite du pouce. Ablation de la phalangette	3	—	3	—
Ostéite du pouce. Curettage de la phalangette.	4	—	4	—
Plaie du pouce. Suture du long extenseur après avivement des deux bouts	1	—	1	—
Luxation du pouce avec plaie. Résection de l'extrémité supérieure de la phalange	2	—	2	—
Spina-ventosa de l'index. Curettage. Malade perdu de vue.	1	opér.	1	améliorat.
Synovite tendineuse de l'index. Incision exploratrice	1	—	1	guérison.
Ostéite de l'index. Ablation de la phalangette et grattage de la phalangine. Malade encore en traitement, presque guéri	1	—	1	améliorat.
Verrues sous-unguéales de l'index. Ablation.	1	—	1	guérison.
Kyste épidermique traumatique d'apparence sébacée de la face dorsale du médius. Ablation.	1	—	1	—
Ostéite du médius. Désarticulation phalangino-phalangettienne.	1	—	1	—
Ostéo-périostite du médius. Ablation de la phalangette	2	—	2	—
Résection de la phalangine.	3	—	3	—
Ecrasement du médius. Désarticulation métacarpo-phalangienne	1	—	1	—
Ostéite de l'annulaire. Ablation de la phalangette	1	—	1	—
Plaie de l'annulaire avec saillie de la phalangine. Résection de celle-ci.	1	—	1	—
Ostéo-périostite de l'annulaire. Désarticulation phalango-phalanginienne.	1	—	1	—
Résection de la phalangine.	1	—	1	—
Résection de la phalange	1	—	1	—
Verrues de l'annulaire. Ablation.	1	—	1	—
Papillome de l'annulaire. Ablation.	1	—	1	—
Ostéo-périostite de la phalangette du petit doigt. Curettage.	1	—	1	—
Section du cinquième métacarpien et section du court fléchisseur de l'auriculaire. Sutures du court fléchisseur et des parties molles	1	—	1	—
Panaris sous-unguéal. Ablation de l'ongle.	6	—	6	—
Plaie de la main. Sutures.	1	—	1	—
Extraction d'aiguilles dans le poignet et la main. Débridement.	4	—	4	—
Lupus de la main. Grattage	1	opér.	1	g. momentanée
Kyste épidermique traumatique d'apparence sébacée de la paume de la main. Ablation.	1	—	1	guérison.

5° *Opérations pratiquées sur les membres inférieurs.*
(32 opérations).

Adénite inguinales. Grattage	4	opér.	3	guérisons.
Un malade encore en traitement.	»	—	1	améliorat.
Adénite crurale. Grattage.	1	—	1	guérison.
Contusion de la fesse. Epanchement sanguin. Incision évacuatrice. Drainage	1	—	1	—
Lipome de la fesse	1	—	1	—
Hématome suppuré de la fesse. Incision, curettage et drainage.	1	—	1	—
Gomme tuberculeuse de la cuisse. Grattage et ablation	1	—	1	—
Abcès froid de la cuisse. Curettage	1	—	1	—
Hygroma du genou. Ablation.	1	—	1	—
Grattage.	2	—	2	—
Fongosités péri-articulaires du genou. Grattage.	1	—	1	—
Corps étranger extra-articulaire du genou. Ablation.	1	—	1	—
Plaie de la jambe. Sutures.	1	—	1	—
Abcès froid du mollet. Incision. Grattage.	1	—	1	—
Fibrome sous-cutané douloureux de la jambe. Ablation.	1	—	1	—
Ulcères de jambe. Grattage	2	—	2	—
Ostéo-périostite du péroné. Grattage.	1	—	1	—
Ostéo-périostite de la malléole externe Grattage.	1	—	1	—
Synovite fongueuse du cou de pied. Grattage. Encore en traitement	1	—	1	améliorat.
Production sésamoïde du tendon du cours fléchisseur du gros orteil. Ablation	1	—	1	—
Ongles incarnés. Ablation. Procédés divers.	8	—	8	—

6° *Opération sur les organes génitaux de la femme*
(3 opérations).

Condylomes de la vulve et de l'anus. Ablation.	1	opér.	1	guérison.
Bartholinite suppurée. Grattage.	1	—	1	—
Kyste de la grande lèvre. Ablation.	1	—	1	—

7° *Opérations sur les voies génitales de l'homme.*
(8 opérations).

Phimosis. Circoncision.	3	opér.	3	guérisons.
Débridement dorsal	1	—	1	—
Kystes de l'épididyme. Ponction.	3	—	3	—
Hématocèle suppurée de la tunique vaginale. Incision. Curettage.	1	—	1	—

Résumé des opérations selon les régions.

1° Sur la tête et la face	69	opérations.
2° Sur le cou	48	—
3° Sur le thorax et les seins	12	—
4° Sur les membres supérieurs	80	—
5° Sur les membres inférieurs	32	—
6° Sur les organes génitaux de la femme	3	—
7° Sur les voies génitales de l'homme	8	—
	252	opérations.

2° La *Consultation de Gynécologie* qui a lieu les samedis et vendredis matin, est faite par l'interne du service auquel est confié le pavillon des laparotomies, assisté d'un externe aussi spécialement affecté à ce service.

Les malades qui ont été traitées à cette consultation, c'est-à-dire sur lesquelles on a pris une note clinique, sont au nombre de 1.161. Voici comment elles se distribuent pendant l'année 1892 :

Janvier	103	consultants.
Février	131	—
Mars	89	—
Avril	81	—
Mai	103	—
Juin	93	—
Juillet	107	—
Août	92	—
Septembre	88	—
Octobre	90	—
Novembre	87	—
Décembre	97	—
Total	1.161	consultants.

3° La *Consultation externe d'Electrothérapie*, dirigée par un de nos élèves, M. le Dr Mally, fonctionne régulièrement 3 fois par semaine, les lundis, mercredis et vendredis matin. On y a traité :

42 malades femmes présentant des corps fibreux de l'utérus ou des lésions chroniques des annexes.

110 malades, hommes ou femmes, qui ont été adressés des consultations de chirurgie et de médecine et qui ont suivi un traitement régulier, de durée variable.

Il convient d'ajouter à ces chiffres, de nombreux malades hospitalisés qui ont fréquenté la consultation avant leur sortie ; et environ 20 examens d'électro-diagnostic.

De plus, l'installation d'un grand appareil, le galvano-caustique-thermique, a permis à M. Mally de se charger de toutes les petites opérations de la consultation du nez et du larynx (cautérisations ignées des amygdales, de la muqueuse nasale ; ablation des polypes du nez). Différentes opérations de galvano-caustique chimique (épilation, petits kystes, etc.) ont été réalisées à l'aide du circuit galvanique de la table d'électro-diagnostic.

L'exiguité du local, qui ne permet pas l'installation d'une machine statique, a empêché de s'occuper de nombreux malades qui ont dû être adressés au service du Professeur Charcot à la Salpêtrière.

4° Les *Consultations pour les maladies des yeux* sont faites tous les mercredis par mon collègue des hôpitaux, et ami, M. le Dr Brun.

823 malades y ont été soignés.

5° Les *Consultations pour les maladies des oreilles, du nez et de la gorge* ont eu lieu aussi tous les mercredis, sous la direction d'un de mes internes, M. Malherbe.

Les malades qui sont venus consulter, sont au nombre approximatif de 600. De plus, 79 petites opérations ont été pratiquées à cette consultation, elles se répartissent de la façon suivante :

Oreilles.

14 bouchons cérumineux	14	guérisons.
1 tumeur du lobule. Ablation	1	—
2 hydrosadénites du conduit auditif externe. Incisions	2	—
2 polypes du conduit auditif externe. Ablation à l'anse froide	2	—
1 paracentèse du tympan pour otite moyenne aiguë	1	—

Nez.

12 polypes muqueux des fosses nasales. Ablation (galvano-cautère, anse froide, pinces)	12	—
15 rhinites hypertrophiques. Cautérisations au galvano-cautère	15	—
3 ozènes syphilitiques. Ablation de séquestres	3	améliorat.

Bouche et Pharynx.

3 cautérisations pour granulations pharyngées	3	guérisons.
2 hypertrophies des amygdales, amygdalotomie	2	—
7 hypertrophies moyennes des amygdales. Cautérisation au galvano-cautère	7	—
10 tumeurs adénoïdes. Grattage sous le bromure d'éthyle	10	—

Larynx.

7 attouchements du larynx pour tuberculose, avec l'acide lactique	7	améliorat.

(*A suivre*).

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du Bromure de Camphre dans le traitement de l'Epilepsie vertigineuse ;

par **BOURNEVILLE**.

Dans un précédent article (n° 6, p. 107), nous avons signalé l'emploi du monobromure de camphre contre les accidents de la *dentition* d'après le Dr Curryer. Il n'est pas le premier, d'ailleurs, qui ait eu recours, en pareil cas, à ce médicament. En effet, le Dr Hammond s'en est servi efficacement dans le traitement des *convulsions* de l'enfance (1). Le même auteur, ainsi que Lawson, Tommasi, Vulpian, Lorain, F. Raymond, Mathieu, Potain, etc., y ont eu recours, et n'ont eu qu'à s'en louer dans le traitement de certains cas d'*hystérie* (2).

D'autres auteurs ont prescrit le bromure de camphre dans le traitement de l'*épilepsie*, entre autres le Dr Decès (de Reims). Nous l'avons essayé il y a bientôt 20 ans et, depuis, nous n'avons pas cessé de l'administrer, en nous limitant aux cas dans lesquels il n'y a que des vertiges, ou aux cas d'épilepsie dans lesquels les accès sont compliqués de vertiges nombreux. M. le Dr Cornet a insisté aussi, dans sa thèse, sur les avantages du bromure de camphre (1). A l'appui de notre opinion, nous croyons utile de citer quelques observations très sommaires.

Observation I. — Epilepsie vertigineuse.

Sommaire. — *Père violent, nombreux excès de boisson ; mort de tuberculose pulmonaire. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Mère, rien de particulier. — Grand'-mère maternelle morte d'apoplexie. — Tante maternelle migraineuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge*

(1) Pathault (L.). — *Des propriétés physiologiques du bromure de camphre et de ses usages thérapeutiques.* Paris, 1875, p. 22. Voir aussi *Progrès médical*, 1874, n° 31.
(2) Pathault, *loc. cit.*, p. 25-30.
(3) Cornet (P.). — *Traitement de l'épilepsie.*

de deux ans. — Quatre frères morts de convulsions et deux autres de méningite.

Marche, parole et propreté précoces. — Rougeole à sept ans. — Début des absences à dix ans. — Bromure de camphre : Disparition des accidents épileptiques.

Susmé... Ch.-Alfred, né à Paris le 10 février 1879 est entré à Bicêtre le 30 septembre 1890.

Sa mère décrit ainsi ses accidents comitiaux : « Il est pris subitement au milieu de ses petites occupations, et cela 4 à 5 fois par jour, d'une perte de connaissance sans chute, sans autre phénomène convulsif qu'une légère élévation des yeux. Pas de morsure de la langue, ni de miction involontaire. Il ne laisse pas tomber les objets qu'il tient dans la main. La durée de ces accidents ne dépasse pas 5 à 6 secondes. »

Novembre 1890.	6 accès.	53 vertiges.
Décembre —	7 —	43 —
Janvier 1891	0 —	35 —

Le 9 février, les *absences* persistant — il en a eu 38 dans le mois, nous prescrivons 2 capsules de 20 centigrammes de bromure de camphre pendant une semaine. — 3 pendant une semaine, puis 4, 5, 6 et 7 capsules (1). — En mars, il n'a eu que 8 absences et depuis cette époque jusqu'à ce jour il n'a plus eu un seul vertige. En novembre 1891, on aurait noté un accès (?) et depuis lors il n'en a plus eu aucun, soit une rémission complète de plus de 14 mois.

Observation II. — Epilepsie idiopathique (?).

Sommaire. — *Grand-père paternel alcoolique. — Grand'mère, grand'tante et cousin paternel aliénés. — Autre grand-père paternel ataxique. — Grand'mère maternelle aphasique. — Sœurs, convulsions de l'enfance.*

Convulsions fréquentes de 18 mois à 5 ans. — Peur à 13 ans. — Six mois après premier accès (août 1884). — *Accès de plus en plus rapprochés. — Vertiges nombreux : Bromure de camphre ; Disparition des vertiges.*

Jeun..., Joseph-Marcel, né le 26 novembre 1885, est entré dans notre service le 3 septembre 1885. Voici le tableau de ses accès et de ses vertiges :

MOIS.	1885		1886		1887		1888		1889		1890	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier.	—	—	»	»	1	»	3	»	1	6	2	10
Février.	—	—	1	»	»	»	2	»	3	16	6	155
Mars.	—	—	1		4	»	3		2	13	4	74
Avril.	—	—	»	»	»	»	1	»	1	34	3	8
Mai.	—		»	»	2	1	2	»	1	18	5	6
Juin	—		1	3	1	»	2	4	4	25	3	23
Juillet	—	—	1	»	»	»	1	»	»	9	1	5
Août.	—	—	1	»	1	»	2	»	1	11	»	»
Septembre.	»	»	1	»	7	25	2	»	»	19	3	5
Octobre.	3	»	2	»	3	»	3	14		19	»	»
Novembre	1	5	1	1	1	»	4	17	4	23	1	»
Décembre.	3	4	2	»	2	3	»	[illegible]	1	22	»	
	7	9	11	4	22	29	25	69	18	215	28	286

Ce malade a été soumis à l'*hydrothérapie* du 25 septembre au 1er novembre 1885. — Du 1er avril à la fin de novembre 1886, en 1887 et 1888 durant la même période. En 1889, il a pris des pilules d'*acétanilide* (de 0 gr. 20 à 2 gr. par jour) du 5 mars au 30 septembre. — Comme on avait noté 215 vertiges durant cette année, nous lui faisons prendre (5 janvier 1890) des *capsules de bromure de camphre*, à partir de 2 par jour durant une semaine et nous augmentons d'une capsule de semaine en semaine jusqu'à 6 (0 gr. 40 à 1 gr. 20). Nous suspendons une semaine et nous recommençons par 3 capsules. Ce traitement a été suivi jusqu'à son passage à la section des épileptiques adultes (20 novembre 1890). De plus, il a pris des douches à partir du mois de mai.

(1) La Pharmacie centrale des Hôpitaux nous donnait à cette époque des capsules du Dr Clin.

Réflexions. — Après avoir fait remarquer que si l'*acétanilide* a peut-être diminué légèrement les accès (puisqu'il n'y en a eu que 7 du 1er avril au 30 septembre 1889, temps durant lequel cette substance a été employée, tandis que durant la période correspondante de 1888 on en avait compté 7), en revanche les vertiges sont allés en augmentant (69 en 1888 et 215 en 1889). Sous l'influence *prolongée* du bromure de camphre (janvier-novembre), nous voyons les vertiges diminuer, puisque dans les cinq derniers mois de son séjour dans le service (juillet-novembre), il n'en a eu que 10 alors que durant la même période de 1889 il en avait eu 81.

Observation III. — Idiotie complète ; Epilepsie.

Sommaire. — *Père, arrêt de développement intellectuel; céphalalgies. — Oncle paternel, suicidé à 17 ans. — Mère rhumatisante, névralgique, migraineuse. — Grand-père maternel rhumatisant. — Grand'mère maternelle rhumatisante et migraineuse. — Arrière-grand-père maternel mort paralytique. — Cousin germain mort de méningite. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 19 ans* (mère plus âgée).

Peur à la fin de la grossesse. — Première dent et parole à un an. — Marche à 18 mois. — Gâtisme constant. — Premiers vertiges à un an. Accès à 14 ans et demi. — Vers intestinaux. — Rougeole en mai 1887. — *Syphilis en* 1888. — *Rubéole en* 1890. — *Marche des accès et des vertiges. — Bromure de camphre de janvier à septembre* 1889 : *diminution considérable des vertiges* ; *suppression du médicament. — Elixir polybromuré* en 1890 : *augmentation des accès, réapparition des vertiges. — Bromure d'ammonium et de rubidium en* 1891 : *augmentation des accès et des vertiges.*

Bertou... V., né le 9 juillet 1882, est entré dans notre service le 2 mai 1887.

Du mois de mai 1887, époque de son admission, au mois d'août de la même année, on ne relève aucun accident. En septembre, il a 2 accès et 10 vertiges ; rien en octobre ; en novembre 42 accès et 35 vertiges, et en décembre 4 accès et 97 vertiges. Après avoir consigné 10 vertiges en janvier 1888, on ne note plus rien, par un regrettable oubli de surveillance. Nous constatons cette irrégularité en octobre et recommandons de mentionner tous les accidents qui se produisent. On constate 105 vertiges en novembre, 161 en décembre 1888 et 198 vertiges en janvier 1889. Le bromure de camphre est administré du mois de janvier à la fin de septembre 1889. Les vertiges demeurent fréquents en février (119) et en mars (235), puis sous l'*influence prolongée* du bromure de camphre diminuent de plus en plus, cessent presque complètement puisqu'on n'en compte plus que 3 dans les sept mois qui suivent. Comme les accès l'emportaient sur les vertiges, en 1890 nous avons prescrit l'*élixir polybromuré*. Ce médicament étant demeuré sans effet, nous avons essayé, du mois de février 1891 au mois de décembre 1892, le *bromure d'ammonium et de rubidium* à la dose d'un à 4 gr. Le tableau ci-après montre que les accès et les vertiges ont augmenté au lieu de diminuer.

MOIS.	1889		1890		1891		1892	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès	Vertiges.
Janvier	»	198	2	»	»	2	1	»
Février.	2	119	1		15	13	23	6
Mars		235	6	1	3	13	26	2
Avril.	»	59	1		12	64	50	10
Mai	1	2	6	9	10	16	9	27
Juin	»	»	7	3	3	»	22	20
Juillet	4	8	14	»	11	12	3	1
Août	15	46	15		12	4	14	12
Septembre.	1	20	14	23	12	»	33	127
Octobre	4	1	6	»	14	»	29	93
Novembre.	5	1	8	21	5	»	10	»
Décembre	3	»	4	»	4	»	19	16
	35	689	84	57	101	124	259	314

En 1889, dès que l'action du bromure de camphre se fait sentir, les vertiges diminuent. Une suspension momentanée, au commencement d'août, est accompagnée d'une légère augmentation des vertiges. Puis les vertiges disparaissent à peu près complètement durant 15 mois. Le bromure de camphre n'ayant pas été repris en 1890, 1891 et 1892, et ayant été remplacé par d'autres médicaments, nous voyons les vertiges monter de 57 à 314. Aussi nous proposons-nous de faire une nouvelle épreuve de l'action du bromure de camphre.

Observation IV. — Imbécillité a un degré prononcé et épilepsie symptomatique.

Sommaire. — *Père peu intelligent, violent; traumatisme céphalique antérieur à la naissance de l'enfant et suivi d'aliénation mentale. — Grand-oncle paternel paralysé du bras. — Mère, faiblesse des jambes durant l'enfance; réglée à 7 ans. Grand'mère maternelle paralytique. Oncle maternel aliéné. Deux tantes hystériques. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 9 ans.*

Grossesse tourmentée. — Premières convulsions à 3 mois, revenues à diverses reprises jusqu'à 4 ou 5 ans, suivies de parésie des membres inférieurs. — Accès à 4 ou 5 ans. — Vertiges à 7 ans et demi. — Erythème noueux (1886). — *Elixir polybromuré en* 1885 *et* 1886.— *Bromure de camphre du* 23 *avril au* 7 *juin* 1886; *diminution des vertiges. — Suspension du médicament: retour progressif des vertiges. — Reprise du bromure de camphre en février* 1887. — *Suppression des vertiges. — Rougeole. — Suspension du bromure de camphre; retour des vertiges* —1888 : *Nouvelle administration du bromure de camphre. — Diminution des vertiges. — Suspension du médicament; rechute.* — 1889 : *Nouveau traitement par le bromure de camphre. — Amélioration progressive. — Suspension du médicament à partir de juillet : réapparition en augmentation progressive des vertiges.* — 1890 : *Reprise du bromure de camphre en février; amélioration; — suspension en août suivie d'une augmentation des vertiges en septembre. — Reprise du bromure de camphre* (*de* 2 *à* 7 *capsules de* 20 *centigr. chaque*), *jusqu'au* 1er *août* 1891 : *Diminution puis disparition des accès et des vertiges qui n'ont pas reparu depuis le mois de février* 1892.

Lel... Antoine, 16 ans, est entré à Bicêtre, dans notre service le 21 août 1885.

Ce sommaire donne une idée suffisante de l'histoire du malade que nous ne reproduisons pas ici, ayant été insérée assez longuement dans la thèse de M. Cornet. Le tableau suivant que nous complétons, car le tableau de M. Cornet s'arrête au mois de mai 1889, met bien en relief l'action du bromure de camphre. Chaque fois que le médicament est administré, au bout d'un mois ou deux au plus, les vertiges diminuent: chaque fois qu'il est suspendu, les vertiges reparaissent et vont en augmentant de mois en mois. Enfin le bromure de camphre ayant été donné pendant un an (septembre 1890-août 1891), nous avons obtenu une très sérieuse amélioration, nous n'osons dire une *guérison complète*, bien que l'enfant n'ait eu ni accès, ni vertiges depuis un an, car en fait de guérison de l'épilepsie, on ne saurait être trop réservé.

L'administration du médicament, pour être efficace, doit être prolongée pendant des mois. Parfois, elle peut être suivie, durant le premier mois, d'une augmentation de vertiges, réelle ou apparente en ce sens que la surveillance est plus attentive dès que le malade est mis en traitement. D'ailleurs le premier mois la dose du médicament est peu élevée.

Tableau des accès et des vertiges de Lel...

MOIS.	1885		1886		1887		1888		1889		1890		1891		1892	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier. .	»	»	2	305	»	1032	2	7	»	235	»	64	1	62	»	6
Février.	»	»	2	576	»	541	(1) »	51	»	64	1	219	»	26	»	»
Mars. .	»	»	»	846	»	288	3	14	1	64	1	238	»	9	»	»
Avril .	»	»	»	315	»	310	»	259	»	60	1	42	»	»	»	»
Mai . . .	»	»	55	45	»	318	»	410	»	13	»	55	»	»	»	»
Juin. . . .	»	»	»	»	»	»	»	205	3	30	1	38	»	12	»	»
Juillet. .	»	»	»	1	»	»	»	24	»	7	»	45	»	»	»	»
Août. .	4	»	»	1	»	»	»	48	»	3	4	56	»	9	»	»
Septembre	17	21	»	11	»	»	»	65	»	10	1	86	»	»	»	»
Octobre. .	8	25	4	134	1	4	4	183	»	67	»	69	»	10	»	»
Novembre	29	62	»	114	»	6	»	96	»	71	»	40	»	8	»	»
Décembre	4	207	»	146	2	2	»	77	»	186	»	13	»	15	»	»
	62	315	63	2494	3	2501	9	1439	4	810	9	965	1	151	»	6

Nous avons dit que cet enfant était atteint, en outre de l'épilepsie, d'*imbécillité* à un degré prononcé. Lors de l'admission (8 ans et 4 mois), il connaissait seulement les lettres de l'alphabet, comptait jusqu'à 40 et traçait des bâtons. Aujourd'hui il lit couramment, écrit assez bien, fait de petites dictées des mots usuels, connaît les trois premières règles, réussit les problèmes qui reposent sur elles. A l'atelier de vannerie, il s'applique et fait des progrès. Dans ses dernières notes, l'instituteur constate que l' « intelligence se développe et que le caractère se modifie avantageusement, l'enfant étant moins violent et moins grossier. » L'amélioration intellectuelle a surtout fait des progrès depuis 18 mois.

Observation V. — Epilepsie.

Sommaire. — *Début des crises à* 5 *ans* 1/2. — *Grand-père très alcoolique. — Sept tantes et oncles morts en bas âge, de convulsions. — Sœur épileptique. — Paralysie passagère de la langue.*

Kl... Pierre, 13 ans, est entré à Bicêtre le 8 janvier 1886.

Pendant trois ans, de 1886 à 1888, il a été mis au traitement par l'*élixir polybromuré*.

1889. 21 janvier. — Traitement: élixir polybromuré et *bromure de camphre*. Ce dernier médicament a été administré sous forme de capsules, de 2 à 6 chaque jour, par périodes de 5 jours; puis, porté à 7 et à 8 capsules pendant 3 jours. Il a été ensuite repris, après une suspension d'une semaine, et continué de la sorte jusqu'à la fin de 1890. Dans les premiers mois de 1891, Kl... a été pris de *diarrhée*, s'est affaibli progressivement et a succombé à une *congestion pulmonaire* (27 mars 1891). Voici le tableau des accès et des vertiges:

	Accès	Vertiges
1886. . . .	488.	72
1887. . . .	359.	4
1888. . . .	441.	185
1889. . . .	188.	99
1890. . . .	122.	0

Ce tableau montre que le bromure de camphre a diminué les *vertiges* en 1889 et qu'il les a supprimés en 1890. Notons la diminution parallèle des *accès* due sans doute à l'*élixir polybromuré* (formule de Yvon). Dans les cas de ce genre — accès et vertiges nombreux — il nous semble très utile d'administrer simultanément l'élixir polybromuré et le bromure de camphre.

Les cas qui précèdent renferment, à notre avis, des détails précis de nature à apporter la conviction dans les esprits et à montrer l'utilité incontestable du bromure de camphre *seul* dans le traitement de l'*épilepsie vertigineuse*, ainsi que dans l'épilepsie avec *accès* et *vertiges*, combiné avec l'élixir polybromuré.

(1) Dans la thèse de M. Cornet on a imprimé, par erreur, 5.041 au lieu de 541.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Assistance publique : Hospitalisation des vieillards.

Bien des fois nous avons signalé ici l'insuffisance des moyens dont dispose l'Administration de l'Assistance publique, pour aider ou hospitaliser les vieillards ou les personnes atteintes de maladies chroniques réputées incurables. Nous avons indiqué les mesures qui étaient propres à remédier à une situation peu honorable pour la ville de Paris. La question s'est posée récemment au Conseil municipal. Avant de résumer la discussion, nous pensons utile de rappeler une fois de plus les mesures que nous avons souvent proposées.

1° Suppression du Bureau central et organisation dans les hôpitaux, les hospices et les principales maisons de secours, de *consultations externes*, faites par des médecins qui en seraient exclusivement chargés ; délivrance des médicaments, des bains, des douches qui seraient pris dans les hôpitaux déjà pourvus d'un bon service balnéo-hydrothérapique ; secours de maladie ; — 2° Envoi des hôpitaux dans les hospices des malheureux atteints de maladies chroniques ; — 3° Renvoi dans leurs familles des vieillards valides avec secours représentatif du séjour à l'hospice ; — 4° Augmentation du nombre des pensions représentant le secours d'hospice.

Plus nous réfléchissons aux besoins impérieux de l'Assistance publique à Paris, plus nous sommes persuadé que l'application de ces mesures, jointe à l'exécution des projets en cours, permettrait d'arriver à une bonne solution. Nous aurons prochainement l'occasion de revenir sur la réorganisation des *consultations externes*, ou si l'on préfère du *traitement externe*, à propos de la discussion du *Rapport sur les secours à domicile dans Paris*, présenté par M. Fleury-Ravarin au Conseil supérieur de l'Assistance publique, et nous nous bornerons aujourd'hui à l'assistance des vieillards et des incurables.

Le 10 mars, M. le Dr Dubois a déposé au Conseil municipal la proposition suivante :

« L'Administration est invitée à fournir dans le plus bref délai possible, à la 5e Commission, un état exact avec tous les détails nécessaires, concernant les vieillards qui attendent leur admission dans les hospices. »

Cette proposition, renvoyée à la 5e Commission, est venue en discussion le 20 mars. M. Deschamps, pour remédier à la situation, a demandé que l'on fît pour les vieillards une expérience analogue à celle que le Conseil général a tentée à Dun-sur-Auron, dans le Cher, pour les *déments séniles*. Cette expérience, suivant lui, a donné d'excellents résultats. M. le Dr Navarre a fait remarquer avec juste raison que les familles qui reçoivent des déments séniles peuvent jusqu'à un certain point utiliser les forces de leurs pensionnaires, tandis qu'il ne pourrait en être de même avec des vieillards. Ceux-ci, en effet, sont hospitalisés à un âge où ils ne peuvent plus se livrer à aucun travail productif. Il ajoute que l'expérience de Dun-sur-Auron est commencée depuis trop peu de temps pour pouvoir être invoquée comme argument. Aussi propose-t-il d'augmenter le nombre des secours représentatifs du séjour à l'hospice.

M. Levraud a fait remarquer que l'expérience de Dun-sur-Auron était très contestable. Nos renseignements personnels confirment cette appréciation et il est certain que, en fin d'exercice, si l'on fait connaître *exactement* au Conseil général TOUTES les dépenses occasionnées par les colons de Dun-sur-Auron, on verra que le prix de journée y est supérieur au prix de journée de Bicêtre et de la Salpêtrière.

M. Patenne a insisté, de son côté, pour l'augmentation des secours représentatifs du séjour à l'hospice.

« Consacrons, dit-il, quelques centaines de mille francs à l'augmentation de cette catégorie de secours. Laissons de braves gens dans leurs familles au lieu de les déporter. Ils seront mieux soignés et ne coûteront pas plus cher. »

MM. Patenne, Cattiaux et Faillet ont protesté contre l'envoi des vieillards à Nanterre, qui est « une honte » pour le département de la Seine. On sait qu'à maintes reprises nous avons émis la même opinion sur cet étrange établissement, qui nous reporte à un siècle en arrière.

M. Vaillant a rappelé qu'il y a environ six mois le Conseil a invité l'Administration à lui présenter, en même temps que la statistique des expectants. des propositions en vue de rechercher les ressources nécessaires pour satisfaire aux besoins ; il termine ainsi :

« M. le Directeur de l'Assistance publique a promis de présenter ce mémoire et n'en a encore rien fait. Pourquoi ? Et qu'attend-il pour se conformer à nos délibérations ; il y a urgence et nécessité à statuer. »

M. Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique, a pris l'engagement de donner satisfaction au Conseil. Il a déclaré que le nombre des vacances était de 1,500, celui des expectants de 4,500, ce qui rend évidente l'insuffisance de la bienfaisance publique à Paris. Puis, le Conseil municipal a adopté les conclusions de la 5e Commission.

Certainement, la statistique que fera l'Administration ne manquera pas d'intérêt ; mais le Conseil municipal, sachant de longue date à quoi s'en tenir, aurait pu, lors du vote du budget de 1893, augmenter dans une proportion convenable le nombre des pensions représentatives du séjour à l'hospice. En pareil cas, des actes valent mieux que des paroles ou des statistiques.

Dès 1877, dans un *Rapport sur les chapitres additionnels du budget de l'Assistance publique*, nous nous sommes efforcé de mettre en relief les avantages des secours d'hospice :

« L'admission prononcée, écrivions-nous, on proposerait à l'admis le choix entre l'admission à l'hospice et cette sorte de pension annuelle. Nous avons la conviction qu'une semblable mesure ferait face à un grand nombre de besoins et rendrait moins pressante la construction de nouveaux hospices. Ces établissements devraient surtout recevoir les vieillards sans famille, les vieillards paralytiques ou atteints de maladies qui exigent auprès d'eux la présence d'une garde, vieillards malades qui sont un véritable fardeau pour les familles les mieux intentionnées ; mais pour les autres, nous le répétons, en leur distribuant un secours convenable, loin d'être une charge, ils seraient utiles car ils pourraient garder la maison, veiller les enfants, etc. L'effet moral d'une semblable mesure n'échappera à personne. »

Conformément à ces idées, dans notre *Rapport sur le budget de l'Assistance publique pour* 1880, nous avons demandé au Conseil, qui l'a voté, un crédit de 100,000 francs. A l'appui nous disions :

« Votre Commission est persuadée que si l'administration fait expliquer bien exactement au postulant les avantages du secours d'hospice, le nombre des acceptations prendra une grande extension. Si, après un essai sérieux, il est reconnu qu'il est absolument nécessaire de construire un nouvel hospice, le Conseil alors n'hésitera pas (p. 68.) »

Lors de la discussion du budget de 1881, nous avons fait augmenter de 113.500 fr. le crédit destiné aux pensions représentatives, et au budget de 1882 nous avons fait adopter une nouvelle augmentation de 146.000 fr. Depuis 1882 jusqu'à maintenant, nous avons continué soit comme journaliste, soit devant les commissions, ou au Conseil supérieur de l'Assistance publique, de préconiser ce mode d'assistance ; c'est à lui qu'on doit recourir avant de prononcer l'admission définitive dans les hospices et cela, non seulement à Paris, mais dans toute la France. Il nous paraît plus économique et bien supérieur au point de vue social à l'hospitalisation qui devrait être réservée exclusivement aux personnes infirmes ou sans famille.

BOURNEVILLE.

Un moyen de retrouver les malades.

Mercredi dernier, un membre correspondant lyonnais de la *Société de Chirurgie*, qui assistait à la séance, M. le Pr Gayet, a eu l'occasion, au cours d'une discussion sur l'exophtalmos pulsatile, d'indiquer un moyen aussi élégant qu'ingénieux, qui peut permettre aux divers chefs des services chirurgicaux de retrouver des malades précieux, dont il est toujours intéressant de pratiquer un jour ou l'autre l'autopsie... Or, chacun sait combien, en pratique, cela est difficile.

Si j'avais l'honneur d'écrire dans un journal mondain, comme certain de mes collègues, je me garderai bien d'aborder un sujet aussi délicat ; mais, ici, loin du monde, dans ces colonnes sur lesquelles les secrétaires de rédaction des grandes feuilles quotidiennes ne jettent jamais qu'un œil discret, je puis sans ambage raconter mon histoire et vous en faire goûter à loisir les savoureux détails. Cette jolie trouvaille ne court pas le risque d'avoir le sort de la fameuse compresse de notre confrère Pilate!

En quelques mots, voici de quoi il s'agit. Un jour, M. Gayet eut l'occasion de traiter, dans son service, à Lyon, un brave ivrogne, sans sou ni maille, atteint d'un anévrysme artério-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux consécutif à une fracture du crâne, et la bonne fortune de voir guérir son malade spontanément, ou tout au moins sous l'influence d'un traitement qui n'avait rien d'incendiaire.

Comprenant tout l'intérêt qu'il y avait à faire, le cas échéant, la nécropsie de notre pauvre diable, M. Gayet eut l'heureuse idée de proposer à ce sujet intéressant (pour les anatomo-pathologistes) la combinaison suivante. Moyennant finance, notre homme consentait à lui octroyer, à titre de concession perpétuelle, la location de quelques centimètres carrés de sa surface cutanée. La soif fait faire bien des choses! Et d'ailleurs, entre louer un coin de peau ou un bout de... muqueuse, où est la différence, quand tout est à louer? En fait de publicité, toute surface nue, disponible, ne peut-elle pas être utilisée? Le principal est d'y mettre le prix. M. Gayet, n'ayant pas affaire à une place très courue, enleva l'affaire à bon compte. Il se réserva un petit carré du derme de la face externe du bras de son ivrogne et y fit tatouer ces mots : « Anévrysme artério-veineux du sinus caverneux, *guéri!* Prière d'autopsier! »

Si donc un beau matin quelque carabin trouve notre malade sur la table de marbre, il saura de suite ce qu'il doit chercher. Sans nul doute, ce procédé, qui consiste à transformer la peau du sujet en feuille d'observation indestructible jusqu'au moment propice, méritait d'être connu. Et je parle ici très sérieusement. Il est fort regrettable, en effet, que son application ne puisse pas être d'un usage plus courant. Que ne découvrirait-on pas ainsi? Chacun sait qu'avant leur décès bien des piliers d'hôpitaux ont essayé de vendre leur squelette ; on prétend même que certains ont réussi. Et pourquoi pas? Il suffit de trouver preneur. Mais le moyen de M. Gayet est certainement plus distingué. Ici au moins on ne disparaît pas sans crier gare ; on ne peut pas, avec semblable étiquette, échapper à la Science (sinon au savant acheteur, qui peut être en vacance au moment où vous prenez congé de notre chère planète), car la garde qui veille à la porte de la salle commune a bon œil et bon bec. L'éveil sera donné ; les échos d'alentour rediront partout l'aubaine inattendue. Sans compter qu'une étiquette de ce genre, dans un concours au Bureau central, pourrait rendre un singulier service à un candidat modeste.

Aussi serait-il inutile de cacher ici le succès qu'a eu l'humoristique récit de M. Gayet. Le chirurgien lyonnais n'aura pas perdu son temps et sa peine, en venant assister à cette séance ; il aura montré ce que peut, à l'occasion, trouver un esprit fin et délié. Paris, décidément, n'a pas le monopole. C. Q. F. D. M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 avril 1893. — PRÉSIDENCE DE M. DARESTE.

M. MALASSEZ, à propos du procès-verbal, adresse une note d'après laquelle on retrouverait dans les *parasites du cancer* décrits par MM. Kuffer et Plimmer dans une des séances précédentes une forme analogue à celle qu'il a décrite autrefois.

M. LANGLOIS a étudié les résultats de l'*ablation de la capsule surrénale* chez le chien. Lorsqu'une seule capsule est enlevée, on n'observe rien de spécial, contrairement aux assertions de Tizzoni. L'ablation des deux capsules amène la mort, dans un délai qui varie de 10 à 24 heures. Le sang d'un animal privé de ses capsules surrénales se montre toxique pour un autre animal ayant subi la même opération et abrège de quelques heures sa survie.

M. BROWN-SEQUARD a observé un phénomène analogue chez le cobaye.

M. BROWN-SEQUARD relate une observation de M. HÉRICOURT sur les *effets du suc testiculaire et de ses succédanés.* Il s'agit d'un neurasthénique atteint de grippe, chez lequel on injecta successivement le suc testiculaire, la spermine et les différents produits mis en vente depuis peu. Le liquide de Brown-Séquard seul produisait des effets dynamogéniques ; les autres, toutes circonstances égales d'ailleurs, ne se montraient pas actifs.

M. BATAILLAS adresse une note sur *les épidémies des Poissons.*

M. CAMERON a étudié les *principes vénéneux produits par quelques légumineuses sophorées.*

M. BUSQUET a essayé le *pouvoir antiseptique des essences* sur les champignons de la teigne en culture *in vitro.*

A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 mai 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

Suite de la discussion sur le typhus.

M. BUCQUOY, étant élève à l'Ecole de médecine d'Angers, a observé en 1848 un fait bien démonstratif au point de vue de la puissance de contagion directe du typhus. Un accusé, pendant un interrogatoire d'une heure environ chez le juge d'instruction, fut en contact avec une quinzaine de personnes. Quelques jours après toutes ces personnes étaient atteintes du typhus; sept ou huit en moururent. Aucune autre personne ne fut frappée.

Théorie de l'immunité vaccinale.

D'après M. HERVIEUX, l'état bactéricide du sang qui constitue l'immunité vaccinale est dû au passage dans le sang des produits de sécrétion de la bactérie vaccinale. La bactérie elle-même est détruite par les leucocytes. Les bactéries vaccinales ont une telle puissance de prolifération qu'un seul bouton suffit à donner l'immunité. Avec cette théorie la décroissance de l'immunité vaccinale s'explique d'elle-même par le renouvellement des tissus et des humeurs dans l'organisme. Suivant que ce renouvellement sera plus ou moins complet les inoculations resteront utiles soit en totalité, soit en partie; elles donneront des boutons plus ou moins complètement développés. L'activité de la rénovation des humeurs chez l'enfant, sa lenteur chez l'adulte, chez le vieillard, expliquent que l'immunité vaccinale persiste moins longtemps chez l'enfant que chez les sujets plus âgés. Pratiquement la revaccination constitue le seul moyen de mesurer le degré d'immunité vaccinale qui persiste encore.

Suite de la discussion sur la suture des nerfs.

M. LABORDE, discutant l'observation de M. LE FORT (1), croit que l'opération a agi non pas en plaçant les bords du nerf en contiguïté mais en mettant en évidence par un effet dynamogénique la sensibilité récurrente latente jusque-là. M. Le Fort lui-même admet la dynamogénie pour expliquer les effets de l'élongation nerveuse. Mais toute suture d'un nerf ne s'accompagne-t-elle pas d'une traction sur les nerfs par suite d'une élongation?

Les expériences sur les animaux montrent de plus que la suture la plus parfaite, la plus rapide d'un nerf ne permet pas le retour de la sensibilité quand on a coupé toutes les branches collatérales. La suture agit en facilitant la régénérescence et non par contiguïté.

Répondant à une objection souvent faite, M. Laborde montre que le physiologiste peut constater chez les animaux les retours même légers de la sensibilité. En dehors de la sensibilité douloureuse se traduisant par des cris, les mouvements réflexes produits par des excitations légères suffisent. Chez le chien, en particulier, les espaces interdigitaires ont à cet égard une facilité de réaction très grande. Pour être bien sûr de n'avoir que des manifestations réflexes et inconscientes, on peut, comme M. Laborde le fait souvent, explorer la sensibilité chez les animaux après avoir fait la résection sous-bulbaire de la moelle.

M. LE FORT croit qu'hypothèse pour hypothèse la contiguïté permettant le passage de l'influx nerveux vaut la dynamogénie pour expliquer le retour immédiat de la sensibilité. Mais pour expliquer le retour définitif, il admet parfaitement qu'il faut qu'il y ait régénération du nerf.

Au cours de la séance, M. PINARD a donné lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie aux obsèques de M. de VILLIERS. Deux passages dans ce discours ont été particulièrement remarqués. Etudiant l'œuvre scientifique de M. de Villiers, M. Pinard a opposé la tendance de ce dernier à procéder par monographies longuement étudiées à la tendance actuelle qui conduit des observateurs souvent assez novices à débuter d'emblée par des traités complets d'accouchements. M. Pinard a de plus montré tout le parti que M. de Villiers, à une époque où les services d'obstétrique n'existaient pas, a su tirer du seul champ d'observations que lui offrait la clientèle privée. Les autres détails biographiques sur M. de Villiers ont été déjà donnés dans le *Progrès médical* (1). Mais, au point de vue de la méthode scientifique, ces deux passages du discours de M. Pinard étaient intéressants à signaler.

A.-F. PLICQUE.

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 17, p. 329.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 avril 1893. — PRÉSIDENCE DE M. FERRAN.

M. BUCQUOY demande la nomination d'une commission chargée de provoquer de l'Assistance publique des mesures qui permettent d'assurer aux élèves des hôpitaux, frappés de maladies contagieuses, des soins et un asile convenable.

MM. MILLARD, CHAUFFARD, JUHEL-RENOY, RENDU, GÉRIN-ROZE prennent successivement la parole pour appuyer cette proposition; une commission est nommée, composée de MM. Millard, Bucquoy, Gérin-Roze et Guyot.

M. HANOT présente un cas de *fièvre hystérique*, c'est une femme de 21 ans, inculpée d'avortement, qui, à son entrée à l'hôpital, présentait des symptômes de fièvre typhoïde. Son mari, son frère, et une de ses sœurs venaient d'être atteints de cette affection et elle les avait soignés. Le début brusque, l'absence de prostration, l'abondance des urines, leur couleur claire nullement fébrile firent, étant donné que la malade avait dans sa jeunesse présenté des crises de nerfs, porter le diagnostic de fièvre nerveuse. L'examen des urines pourrait, dans ces cas, si elles donnaient la formule inverse des phosphates signalée par Gilles de la Tourette et Cathelineau, éclaircir le diagnostic de ces pseudo-fièvres typhoïdes hystériques.

L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 mai 1893. — PRÉSIDENCE DE M. PÉRIER.

Greffe intestinale de l'uretère.

M. BAZY fait un très important rapport sur une observation de M. CHAPUT. Il s'agit d'une femme atteinte d'une fistule uretéro-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale, pour salpingite purulente, datant d'un an. La fistule siégeait très haut dans le vagin et sembla à M. Chaput inopérable par les procédés classiques. Ce chirurgien songea d'abord à la néphrectomie comme seul moyen de guérir sa malade; mais, après avoir lu le récit des tentatives de greffe intestinale de l'uretère faites sur les animaux, il se résolut à utiliser ce procédé. Incision dans la fosse iliaque. La recherche de l'uretère fut très difficile; M. Chaput confondit d'abord une veine avec ce conduit. Enfin il rencontra un gros canal, très épais: c'était l'uretère un peu dilaté. Il le ponctionna et il en sortit un peu de liquide clair; puis il le sectionna et aboucha la partie supérieure de la section avec l'intestin, à l'aide de deux plans de sutures. Suites apyrétiques. La malade, opérée depuis plusieurs mois, continue à se bien porter et M. Chaput pense qu'il ne se développera pas de néphrite ascendante. — M. Bazy s'est d'abord demandé, après avoir analysé cette observation, si ce nouvel abouchement de l'uretère était bien indiqué. Etant donné l'impossibilité de fermer la fistule par le vagin, l'impossibilité du cathétérisme, cela n'est pas discutable; mais M. Chaput n'aurait-il pas pu faire un abouchement plus physiologique? M. Bazy penche pour l'affirmative. En effet, on aurait pu, après avoir ouvert la vessie par la taille hypogastrique, essayer de cathétériser l'uretère, et, si on y avait réussi, l'inciser dans son trajet intravésical: de la sorte, ce conduit se serait trouvé largement ouvert dans la vessie, et la fistule vaginale se serait fermée. Dans la supposition où le cathétérisme n'aura pas été possible par l'intérieur de la vessie, la taille faite, on en aurait été quitte pour refermer le réservoir urinaire et pour aboucher ensuite par l'abdomen l'uretère à la vessie, comme M. Chaput l'a fait pour l'intestin. Le procédé de M. Chaput ne paraît donc devoir être recommandé que dans les cas de fistules uretérales siégeant très haut; quand la fistule se produit au niveau du col utérin, on peut aboucher le conduit directement à la vessie: ce qui est certainement préférable.

(1) Voir n° 17, p. 336.

M. Routier, dans un cas de fistule uretéro-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, chercha à faire d'abord une autoplastie au fond du vagin. Il n'y réussit pas. Il dut recourir à la néphrectomie et la malade va bien. Or, dans ce rein enlevé, il a trouvé trois infractus et du pus au niveau du bassinet. Il se demande donc s'il n'est pas plus prudent, dans ces cas, d'enlever de suite le rein, d'autant plus que la néphrectomie est une opération moins aléatoire que celle de M. Chaput. Dans ce cas, M. Routier reconnut quel était l'uretère qui était malade de la façon suivante : en appuyant sur le rein du côté droit, qui était mobile, il faisait sourdre par la fistule un flot d'urine, tandis qu'en appuyant sur la région rénale gauche il ne s'écoulait aucun liquide.

Guérison de l'exophtalmos pulsatile par la compression.

M. Picqué communique, en son nom et en celui de M. Despagnet, une intéressante observation d'exophtalmos pulsatile. Me X..., âgée de soixante ans, à la suite d'un accident grave, a une hémorrhagie par la narine et l'oreille gauches. Bientôt apparaissent tous les signes de l'exophtalmos pulsatile : il s'agit évidemment d'un anévrysme artério-veineux de la carotide consécutif à une fracture de la base du crâne, quoique, au début, en raison de l'allure des accidents, on ait pu croire un moment à un phlegmon de l'orbite. Pour des circonstances spéciales, M. Picqué ne fut pas d'avis de lier la carotide interne de suite et conseilla, en attendant, de recourir à la simple compression directe de la tumeur. Or, peu à peu, les accidents s'amendèrent, si bien qu'on doit considérer ce cas comme un exemple de guérison d'un exophtalmos pulsatile sans intervention chirurgicale.

M. Gayet (Lyon) cite le cas d'un malade, atteint d'un anévrysme de même allure, d'origine traumatique, dont il était impossible de méconnaître la nature, étant donné l'intensité du bruit veineux qui s'étendait jusqu'au bas de la colonne vertébrale. On tenta la compression digitale sur la carotide du côté malade, mais cela ne donna pas grand'chose. On se préparait à faire la ligature, lorsque tout à coup, un beau matin, on remarqua que les accidents avaient singulièrement diminué. Puis, en quelques jours, cet homme guérit complètement. On ne se douterait pas aujourd'hui qu'il a présenté une telle affection, si M. Gayet n'avait obtenu de lui qu'il fît tatouer sur son bras : « Anévrysme artério-veineux de la carotide interne guéri. » — M. Gayet cite encore un autre cas presque comparable, appartenant à M. Tripier. Cette fois il s'agissait d'un anévrysme spontané, aussi indiscutable que le précédent, au point de vue du diagnostic. Or la malade vint à mourir et, chose étonnante, à l'autopsie, on ne trouva absolument rien, malgré les recherches les plus attentives. Ces faits sont utiles à connaître, parce qu'ils montrent qu'il faut réfléchir et attendre avant de faire la ligature de la carotide, qui est une opération grave.

Œsophagotomie pour corps étranger de l'œsophage.

M. Chauvel fait un rapport sur une observation de M. Cahier (de Lyon). Il s'agit d'un homme qui avait avalé un dentier composé de deux incisives à crochets. Ce dentier s'était arrêté à la partie supérieure de l'œsophage. Un grand nombre de tentatives d'extraction furent faites sans succès à diverses reprises et même poussées très loin. Finalement, pour extraire le corps étranger, on dut faire l'œsophagotomie externe. M. Cahier ne sutura pas l'œsophage. Le malade mourut subitement, quelque temps après l'opération. A l'autopsie on trouva des déchirures multiples du conduit. M. Chauvel demande que la Société de Chirurgie appuie ses conclusions qui sont : Quand un corps étranger de l'œsophage y est fixé, les tentatives d'extraction ne sont permises que si elles sont mesurées, prudentes et peu prolongées. Après le premier échec, il faut de suite passer à l'œsophagotomie externe.

M. Quénu présente un malade qu'il a opéré par la voie palatine d'un *polype naso-pharyngien*. Pas de déformation faciale. Il a opéré en deux temps : il s'agissait d'un fibrome angiomateux. La meilleure méthode pour un fibrome est celle qui cause le moins de dégâts; il faut réserver la voie nasale aux fibromes bénins, et l'ablation du maxillaire supérieur, aux sarcomes et autres tumeurs malignes.

M. Choux (Versailles) présente des pièces provenant d'*un cas d'étranglement interne par le diverticule de Meckel.*

Elections. — M. Polaillon est nommé membre honoraire de la Société de Chirurgie. Marcel Baudouin.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 1er mai 1893. — Présidence de M. Brouardel.

M. H. Monod rend compte de la situation sanitaire à l'intérieur. Il constate qu'à Morteaux-Coulibœuf (Calvados) plusieurs cas de *diphtérie* ont été observés dans cette commune, aux environs d'une porcherie très mal tenue. Le maire, sur les instances du préfet, a pris un arrêté prescrivant les mesures de salubrité nécessaires. — A Lure (Haute-Saône), la *rougeole* est signalée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Lure. Les mesures recommandées par le comité consultatif ont été prescrites. — Dans le Morbihan, le nombre des décès *cholériques* depuis lundi dernier a été de 14, répartis dans huit communes. Il y a eu depuis la dernière séance six décès cholériques à l'asile d'aliénés de Saint-Athanase (Finistère), et un dans une commune voisine, à Kerfeunteun. Le préfet écrit à ce sujet : « Le conseil départemental d'hygiène et de salubrité publiques, ainsi que la commission de surveillance, de l'asile se sont réunis hier à la préfecture pour arrêter les nouvelles mesures à prendre contre l'épidémie cholérique qui sévit dans l'établissement. Cette assemblée a décidé que le vieux quartier de traitement où doit se trouver le foyer de l'épidémie sera évacué immédiatement et les malades qui s'y trouvent placés dans le nouveau quartier, dont la construction est presque terminée. Les objets mobiliers qui se trouvent dans le vieux quartier seront détruits par le feu et les effets passés à l'étuve. Aussitôt après l'évacuation de ce quartier, les murs subiront une désinfection complète et les planchers seront remplacés; il sera ensuite aménagé pour servir de magasins et d'atelier. » Le Conseil d'hygiène a également décidé que les eaux amenées à l'asile seront bouillies avant d'être livrées à la consommation. Toutes ces prescriptions ont été immédiatement appliquées. — A Quimper, trois décès suspects se sont produits du 29 au 30 avril. En outre trois personnes, présentant des symptômes cholériformes, sont en traitement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 20 avril. — Présidence de M. de Beauvais.

Epidémie typhique.

M. de Beauvais rapporte l'observation d'un cas suspect observé à Mazas. Jusqu'ici, cette prison n'avait pas présenté un seul cas douteux. Le malade dont il s'agit avait été arrêté la veille du jour où je l'ai observé. Conduit à la Sûreté, puis à la Conciergerie, cet homme, un tailleur d'habits, en bon état général, a été, en trois heures, couvert d'une éruption pétéchiale, et c'est en cet état qu'il est arrivé à Mazas. Là, des symptômes généraux se sont montrés, fièvre, torpeur; le malade est ordinairement constipé. Ce cas est suspect, il a donc amené l'isolement et l'évacuation du malade. Le fait a un réel intérêt car il montre combien le typhus peut être, à l'occasion, difficile à diagnostiquer; le malade dont il est ici question prétend qu'il se portait très bien avant son arrestation, et que l'éruption, presque instantanée, doit être attribuée à l'émotion. On connaît, en effet, des éruptions dues à une émotion intense, mais en cas d'épidémie typhique, la situation du médecin d'une prison peut être très délicate.

Tuberculose circonscrite du petit palmaire et du long fléchisseur propre du pouce.

M. Monnier. — Tuberculose locale du fléchisseur du pouce; ablation; récidive. Injections de chlorure de zinc. Guérison. — Jeune fille de 16 ans, ayant vu une tumeur se développer au-dessus de la face antérieure du poignet ; première ablation en province en mars 1892; récidive sous forme de nodule dur et apparition de contracture dans les fléchisseurs des doigts, surtout du pouce. Nouvelle ablation par nous en juin 1892. Diagnostic histologique : tuberculose. Guérison pendant 3 mois;

récidive; injections à deux reprises, en novembre et décembre, de quelques gouttes de chlorure de zinc au 1/10. Guérison locale et fonctionnelle.

M. Garnault fait une communication sur les résultats fournis par le *massage* dit *vibratoire* dans les maladies des voies respiratoires supérieures.

Séance du 27 avril 1893. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Au sujet de l'épidémie de typhus exanthématique.

M. Guelpa. — Une dame, après avoir souffert pendant deux jours de forte courbature générale, vives douleurs lombaires, mal de tête violent, rhume de cerveau, toux, fièvre très vive et enfin vomissements répétés, eut une double éruption aux téguments. Aux avant-bras, à la face et au cuir chevelu on voyait des bulles de dimensions différentes, à contenu séreux, liquide et clair. Par contre le ventre, la région lombo dorsale et le bas de la poitrine étaient couverts, d'un semis de taches de dimensions variables, de 1 à 5 millimètres, rarement saillantes, et souvent irrégulières, ayant une coloration rouge-noire, et ne disparaissant pas à la pression des vraies pétéchies. Les deux exanthèmes se confondaient sur la poitrine. A la suite de l'apparition de l'exanthème l'état fébrile disparut et l'état général de la malade s'améliora. A partir du 3e jour l'exanthème hémorrhagique commença à diminuer et était diparu le 6e, au contraire l'exanthème vésculeux prit la forme de vraie variole. Je demande si dans le cas actuel il s'agissait d'une variole accompagnée d'un rash hémorrhagique, ou de la coexistence de la variole et de typhus exanthématique?

M. Dujardin Beaumetz — Pour moi, il s'agit ici de variole avec rash hémorrhagique et non de typhus.

Les caractères essentiels du typhus sont : la fièvre intense persistante pendant tout le temps de l'éruption. Quelque fois elle présente une petite défervescence vers le 6e jour pour remonter ensuite et entraîner la mort, ou alors descendre progressivement jusqu'à la guérison; pas de pustules, jamais d'éruption sur la figure, langue sèche en perroquet, dépression intense. Il y a aussi toujours de l'albumine dans l'urine et elle est d'autant plus abondante que le cas est plus grave. C'est pour ainsi dire un point capital pour le pronostic.

Récidive de rougeole.

M. Diamantberger rapporte un fait très intéressant de récidive de la rougeole qu'il a observé sur un enfant de 2 ans et demi, à intervalle de six mois. La deuxième atteinte vint compliquer une broncho-pneumonie grave et se termina par la mort. Les différents détails étiologiques de ce cas suggèrent à l'auteur la notion suivante à ajouter à l'étude prophylactique de la rougeole, à savoir : tout individu, quoiqu'ayant été déjà atteint de rougeole, doit être éloigné d'un milieu contaminé s'il se trouve en puissance d'un état inflammatoire quelconque des voies respiratoires, comme bronchite simple ou tuberculeuse, broncho-pneumonie, pneumonie, et même d'une affection laryngée, pharyngienne ou naso-buccale. Ceci confirmerait même le résultat des recherches bactériologiques faites dans la rougeole.

Le palper thoracique sous-claviculaire.

M. Hottenier attire l'attention sur un procédé rapide d'exploration pulmonaire profonde pour reconnaître à son début la congestion limitée au sommet du poumon, lorsque la percussion et l'auscultation ne peuvent donner que des renseignements nuls ou peu accusés. La manœuvre consiste en ceci : appliquer une main sur l'une des régions costales sous-claviculaires, tandis que l'autre main fait un plan de résistance opposée sur l'omoplate, suivre le va-et-vient de la respiration et faire avec la pulpe des doigts une pression modérée au moment de l'inspiration. Si cette pression ne provoque aucune douleur vive, c'est que le sommet du poumon ne présente pas de lésion appréciable; dans le cas contraire, c'est un signe que le sommet du poumon est plus ou moins injecté de sang et s'est trouvé pincé en quelque sorte d'avant en arrière par le rapprochement forcé de deux parois costales.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE.

ONZIÈME SESSION TENUE A PARIS DU 1er AU 4 MAI 1893.

Séance du 1er mai 1893. — Présidence de M. Lagrange.

M. le Pr Panas, au nom du Comité, souhaite la bienvenue aux membres du Congrès et constate que de plus nombreux confrères étrangers ont répondu cette année à l'appel du Comité.

De l'asepsie dans les opérations pratiquées sur les yeux.

M. Nuel (de Liège), *rapporteur* — Pour limiter les dimensions de notre travail, nous traiterons à peu près exclusivement du genre d'opérations qui intéressent les milieux de l'œil les moins résistants à l'infection microbienne (cristallin et corps vitré), celles qu'on pratique sur le système cristallinien : extractions et discissions. Qui peut le plus, peut le moins. On apportera aisément aux principes établis pour ces opérations les réductions et les tempéraments permis pour des opérations moins dangereuses. Nous étudierons d'abord les conditions variées dans lesquelles peuvent être établies l'asepsie et la stérilisation des instruments, des objets de pansement et surtout du champ opératoire.

A. *Limite du pouvoir des désinfectants chimiques.* — Il y a dans l'entourage immédiat des microbes des conditions qui peuvent diminuer et même annuler l'action des antiseptiques. Nous en ferons saisir l'importance en constatant par exemple que le sublimé, qui jouit de propriétés bactéricides éminentes, peut les perdre absolument dans telles circonstances. La réaction acide est favorable, la réaction alcaline (de la plupart de nos humeurs) est défavorable à l'action bactéricide du sublimé, et la présence de l'acide sulfhydrique en détruit absolument l'effet. Voilà pour l'annulation *chimique* des antiseptiques.

D'autre part, les matières albuminoïdes, la gélatine, la mucine, etc., ramassent au sein des liquides, des fragments de détritus riches en microbes, les condensent et les rendent difficilement pénétrables par les antiseptiques. Souvent même la présence de certains antiseptiques contribue à cet effet. Ce genre de protection *mécanique* des microbes de nos humeurs se fait plus ou moins sentir à l'égard de presque tous les antiseptiques. Les corps gras constituent ordinairement une barrière infranchissable pour les microbes. Un fil imprégné du bacille du pus bleu (un microbe peu résistant), puis recouvert de graisse ou de gélatine, reste septique pendant un et même plusieurs jours dans une solution aqueuse de sublimé à à 0.5 0/00. C'est la raison de l'inactivité presque absolue des antiseptiques dissous dans les graisses, notamment de l'huile phéniquée.

L'antiseptique le plus actif peut, dans l'organisme humain, par exemple sur la conjonctive oculaire, provoquer des réactions défavorables à son action. Il est absolument impossible d'appliquer à la surface d'une plaie, ou bien sur la conjonctive, un antiseptique en concentration suffisante pour tuer tous les microbes pathogènes. Il arrive que l'antiseptique provoque à la surface de l'œil un état d'irritation donnant lieu à de la sécrétion plus ou moins muqueuse, et cette hypersécrétion fournit un milieu nutritif favorable à la pullulation des microbes. Ce rôle nuisible va donc à l'encontre de l'action antiseptique, qu'il peut neutraliser tout à fait. Il est, par exemple, des yeux avec irritation du bord ciliaire, qui ne tolèrent presque pas de substance irritante, et qui réagissent à son application par un certain degré d'injection ciliaire et de sécrétion muqueuse. Pour eux, le sublimé, qui pour son efficacité se trouve toujours au haut de l'échelle des antiseptiques, peut être un agent désinfectant moins utile qu'un autre moins haut coté.

Les considérations qui précèdent, et d'autres encore, notamment celles relatives à l'espèce des microbes, ont conduit à la conclusion, acceptée par la plupart des auteurs récents, que non seulement la stérilisation, mais même l'*asepsie absolue est irréalisable à l'aide des seuls moyens chimiques.*

Ce qui est consolant, c'est que dans l'immense majorité des cas, surtout en chirurgie oculistique, l'infection est produite par des microbes relativement peu resistants à l'égard des antiseptiques en général, et des antiseptiques chimiques en particulier. L'agent infectant habituel nous est donné dans les

staphylocoques, le jaune et le blanc, deux microbes heureusement très sensibles à l'égard des influences antiseptiques les plus diverses. Le problème de l'asepsie serait presque résolu si nous parvenions à nous abriter contre eux. C'est en vue de ces deux microorganismes que doivent être conçues nos mesures antiseptiques. Plutôt que de vouloir dans toutes les opérations prendre des précautions très compliquées capables de détruire tous les germes pathogènes, quels qu'ils soient, chose à peu près irréalisable, il est infiniment plus pratique de se borner à écarter du terrain opératoire le staphylocoque, agent habituel de l'infection, quitte à prendre des mesures spéciales si l'on a des raisons de craindre des microbes plus résistants.

Dans notre lutte contre les microbes pathogènes, nous avons enfin comme allié une propriété de nos tissus et de nos humeurs sans laquelle tous nos efforts antiseptiques seraient vains : nous voulons parler des propriétés antibactéridiennes de nos tissus et de nos humeurs : lymphe interstitielle, humeur aqueuse, larmes, propriétés déjà signalées et basées en partie sur la phagocytose, en partie sur une action chimique, comparable à celle des poisons. Dans les tissus, la phagocytose semble prédominer ; dans les larmes et surtout dans l'humeur aqueuse, l'action chimique paraît l'emporter. En vertu de cette propriété, la multiplication des microbes est entravée plus ou moins, et les germes finissent même par être tués. Le résultat en est, dans le cas des plaies opératoires, une guérison normale, comme s'il y avait asepsie réelle et complète, mais seulement à la condition que les microbes pathogènes ne soient pas trop nombreux, le pouvoir bactéricide de nos tissus et de nos humeurs ayant des bornes.

Ce pouvoir, d'ailleurs, est susceptible de variations d'un individu à l'autre. Nous savons, en effet, qu'un œil ayant subi des atteintes de diverse nature chez un individu à constitution délabrée, cachectique, offre moins de résistance contre l'invasion des microbes. Nous savons notamment que le diabète et l'albuminurie abaissent le pouvoir antibactéridien des tissus. Enfin, dans l'œil lui-même, une infection des parties dont la nutrition est moins intense, surtout celle de la substance cristallinienne et du corps vitré, infection qui suppose une blessure de ces parties, est surtout à craindre. Une simple discission d'une cataracte secondaire par ponction cornéenne est infiniment plus dangereuse qu'une iridectomie ; elle l'est au moins autant qu'une simple extraction de cataracte, réussie sans lésion du vitreum.

La quantité de microbes nécessaire pour qu'une infection se produise dépend précisément du pouvoir bactéricide en question. Bien loin de pouvoir stériliser la surface de l'œil, nous n'arrivons pas même, en règle générale, à y faire disparaître tous les germes pathogènes. Mais ce à quoi nous arrivons, c'est à réduire à la surface de l'œil le nombre des microbes pathogènes au point que le pouvoir antibactéridien de l'organe opéré puisse en avoir raison.

B. *Asepsie et désinfection du sujet à opérer.* — Un bain général, avec frictions au savon, peut être nécessaire dans des conditions spéciales, de même qu'un léger purgatif, à prendre la veille, peut être indiqué en vue de métastases dont la source est dans un intestin surchargé.

Mais tous nos efforts doivent être concentrés sur l'œil et son voisinage immédiat. D'après ce qui a été dit plus haut, il est bon de commencer par savonner soigneusement la région, pour opérer un nettoyage en gros et pour enlever les pellicules, la graisse, qui imprègnent toujours la peau et les paupières, et dont l'enlèvement est une condition essentielle pour rendre les microbes accessibles aux antiseptiques chimiques. Le savonnage est suivi de lotions antiseptiques, répétées si possible pendant une couple de jours. Un bord palpébral même normal sera soigneusement lavé avec la solution antiseptique. Le même liquide antiseptique renouvelé servira à inonder le sac conjonctival dans tous ses recoins, y compris les culs-de-sac, les paupières étant retournées, et après instillation préalable de cocaïne chez les personnes sensibles. Il pourra être utile de promener dans le creux conjonctival de petites boulettes de coton imprégnées de la solution antiseptique.

Quant à l'espèce d'antiseptique à employer, le choix peut se mouvoir aujourd'hui entre certaines limites : l'antiseptique choisi doit être reconnu comme très actif et ne doit pas (par sa nature ou en vertu de sa concentration) irriter la conjonctive. Pour notre part, nous nous en tenons toujours à la solution aqueuse de sublimé à 1/2000, rarement plus diluée. Ses propriétés antiseptiques sont unanimement reconnues comme excellentes ; elle est très bien supportée par l'œil. Au besoin, le sublimé en solution à 1/3000 et même à 1/5000 est encore un agent très actif. Légèrement chauffé, ses propriétés bactéricides s'accroissent notablement, et il peut être utile de ne pas verser sur l'œil une certaine quantité d'un liquide froid. Les lotions du sac conjonctival surtout, ainsi que celles du bord libre des paupières, sont répétées trois et quatre fois par jour, et cela pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'opération, dont le premier acte est constitué par une dernière désinfection.

Certainement d'autres antiseptiques sont capables de remplir utilement le même rôle. Il en est ainsi de certains sels mercuriques, tels que l'iodure à 1/2000, préconisé par M. Panas, l'oxycyanure et le cyanure mercuriques, recommandés successivement par M. Chibret, en solution aqueuse à 1/1500. Le trichloride d'iode en solution de 1/500 à 1/2000 paraît, d'après Pflüger, se ranger à peu près sur la même ligne. Cette liste pourrait sans doute être allongée encore, et il est plus que probable qu'on trouvera des substances encore plus énergiquement antiseptiques et moins irritantes que les sels mercuriques. Il semblerait que les mélanges de différents antiseptiques fussent capables de réaliser un certain progrès dans cette direction. Le dernier venu de cette catégorie, le phénol-salyl (de Christmas), attire en ce moment l'attention. L'idéal serait une substance fortement antiseptique et n'exerçant pas d'action délétère sur les éléments de nos tissus. L'acide borique à 4 0/0 n'est certainement pas assez antiseptique. M. Bourgeois dit cependant beaucoup de bien du boro-borax, solution d'acide borique dans une solution aqueuse de borax (l'acide borique s'y dissous jusqu'à 16 0/0). Le silence se fait de plus en plus autour de la pyoctanine (Stilling), qui devait joindre des propriétés antiseptiques très grandes à une innocuité absolue pour les tissus.

Une fois l'opération proprement dite commencée, la solution de sublimé n'est plus mise en contact avec l'œil ou avec la conjonctive. Les lotions nécessaires se font avec la solution physiologique de chlorure de sodium (de 6 à 7/00), stérilisée par l'ébullition. D'autres liquides anodins pour l'œil ouvert, tels que la solution d'acide borique à 4 0/0, peuvent remplir le même rôle ; celui d'un liquide aseptique ; mais nous ne voyons pas trop en quoi ils seraient préférables au premier.

Comme corps absorbant les liquides, nous proscrivons absolument les éponges (dans toutes les opérations où l'œil est ouvert), parce qu'il est trop difficile, sinon impossible de les aseptiser. Nous préférons nous servir exclusivement de petites masses de gaze aseptisée, corps suffisamment absorbant pour nos besoins spéciaux. Sous ce dernier rapport, elle l'emporte même sur l'ouate dégraissée.

Nous ne nous étendrons pas spécialement sur les diverses phases de l'extraction, dans le but de démontrer que tout accident survenant au cours de l'acte opératoire favorise la pénétration et la pullulation des microbes entre les lèvres de la plaie cornéenne et à l'intérieur de l'œil. Une section cornéenne aussi régulière que possible est l'idéal, en ce qu'elle facilite la coaptation des lèvres de la plaie ; or, le meilleur obstacle à la pénétration des microbes est l'occlusion de la plaie cornéenne, sans adhérences de l'iris, sans enclavement d'aucune espèce, avec rétablissement de la chambre antérieure. Nous n'attachons pas, à notre point de vue, une grande importance au lambeau conjonctival, affectionné par certains opérateurs.

Nous croyons aussi qu'il est prudent d'empêcher les bords palpébraux, ces nids de prédilection des microbes, de venir en contact avec les lèvres de la plaie cornéenne.

Aussi, pour favoriser l'expulsion du noyau et surtout des masses cristalliniennes, évitons-nous la manœuvre qui consiste à faire servir les paupières, et surtout la paupière supérieure à des efforts de pression et de contre-pression.

Les rangs des partisans des lavages intra-oculaires antiseptiques pratiqués à la suite des opérations oculaires vont s'éclaircissant de plus en plus, malgré les statistiques favorables

de M. le Pr Panas. Il faut se demander ici si les beaux résultats obtenus ne peuvent pas être mis sur le compte des autres moyens antiseptiques employés et du procédé opératoire. M. Chibret est aussi un partisan de cette méthode. D'après lui, bien que les substances antiseptiques disparaissent avec rapidité de la chambre antérieure, elles ont eu le temps de modifier le terrain dans un sens défavorable au développement des microbes. Les sels mercuriques, notamment, se combineraient avec les substances albuminoïdes des endothéliums et produiraient ce qu'il appelle dans son langage imagé une « métallisation » des parois de la chambre antérieure, un revêtement efficace contre la pénétration des microbes. Il n'hésite donc pas à injecter encore un sel mercurique, le cyanure, bien qu'en solution très faible (1/20.000).

Nous avons jadis démontré que, à part la solution physiologique de chlorure de sodium et celle d'acide borique, tous les liquides injectés, y compris l'eau aseptisée, tuent les endothéliums de la chambre antérieure et que les sels mercuriques sont particulièrement pernicieux à cet égard, qu'ils produisent trop facilement des troubles intenses et indélébiles de la cornée.

La pratique des injections intra-oculaires n'est donc, en général, conservée désormais que dans le but mécanique d'évacuer les masses corticales.

L'opération terminée, après avoir séché la région au moyen d'un tampon de gaze aseptisée (par le procédé indiqué plus loin), nous appliquons sur les deux yeux un pansement composé d'un tampon de gaze aseptique, placé sur l'œil et maintenu par une bande modérément serrée. La gaze aseptique, sèche et chiffonnée, se moule très bien sur les saillies et remplit les creux et, par conséquent, sert à exercer une compression méthodique, à peu près au même titre que l'ouate ; elle a, de plus, sur celle-ci un avantage sérieux au point de vue de l'asepsie : elle absorbe les liquides mieux que l'ouate dégraissée. Les rondelles de lint absorbent trop peu.

Il y a lieu de proscrire la gaze rendue soi-disant aseptique par l'incorporation de toutes sortes de substances antiseptiques. Outre que cette asepsie est un leurre, les préparations nécessitées à cet effet enlèvent à la gaze en grande partie les propriétés qui la recommandent à notre choix, notamment son pouvoir absorbant.

Les instillations de poudre d'iodoforme dans l'œil opéré méritent une mention spéciale. Cette poudre est bien supportée par l'œil et, bien qu'elle ne tue pas les microbes, elle en empêche le développement. De plus, elle diminue les sécrétions de la muqueuse, ce qui n'est pas à dédaigner. On tend aujourd'hui à remplacer la poudre d'iodoforme par celle d'aristol. Les avantages signalés de ces poudres ne paraissent pas compenser l'inconvénient que présente la présence d'un corps étranger volumineux dans le sac conjonctival. Aussi cette pratique n'est plus guère usitée que dans quelques cas où l'œil à opérer porte dans son voisinage immédiat une source d'infection.

Quand faut-il renouveler le premier pansement ?

Nous avons adopté la manière de procéder que voici : Dans tous les cas nous soulevons le pansement de l'œil opéré au bout de quarante-huit heures, et cela avec précaution, dans une demi-obscurité, la lumière artificielle étant placée du côté temporal, et en laissant le second œil ouvert, afin d'éviter toute contraction de l'orbiculaire des paupières. Si le pansement est sec — et surtout s'il n'y a pas ce léger œdème suspect du bord libre de la paupière supérieure — nous le renouvelons à l'instant même, et sans essayer d'ouvrir la fente palpébrale. Y a-t-il un peu de sécrétion sur le pansement, à l'endroit qui correspond à la fente palpébrale ? Alors nous lavons les bords ciliaires des paupières doucement, à l'aide d'un tampon d'ouate aseptique et trempée dans la solution de sublimé *chauffée* — ceci pour éviter la contraction de l'orbiculaire qu'occasionnerait le contact d'un liquide frais, et parce qu'à chaud la solution antiseptique est plus active qu'à froid — en recommandant au malade de laisser l'œil fermé sans serrer les paupières, puis nous remettons un pansement frais. Nous n'ouvrons l'œil que le troisième ou le quatrième jour, toujours par peur d'une infection par le bord libre de la paupière supérieure.

Y a-t-il, dès le premier jour, de la sécrétion notable sur le pansement, et surtout le bord libre de la paupière supérieure est-il un peu gonflé, nous n'hésitons pas à inspecter l'œil et la plaie cornéenne, après avoir désinfecté les cils comme ci-dessus. Si on trouve une infiltration suspecte des lèvres de la plaie, on se servira d'instillations d'iodoforme, concurremment avec le fer rouge, qui nous paraît tout indiqué ici, ses inconvénients étant plus que contrebalancés par ses avantages incontestables.

Toutes ces précautions antiseptiques doivent être poussées à l'exagération lorsque l'opéré se présente dans des conditions anormales, soit qu'il s'agisse d'un état général fâcheux (albuminurie, diabète) qui ait diminué la résistance du tissu aux microbes, soit que le malade offre une complication de nature infectieuse située au voisinage de l'organe malade ou qui en soit éloignée.

Comme lésion de voisinage, les affections des voies lacrymales doivent être pour l'opérateur un objet constant de préoccupation. Et, en allant à leur découverte, il ne suffira pas, pour les exclure, de constater qu'une pression répétée, exercée sur le sac lacrymal, ne fait rien refluer par les points lacrymaux : un faible degré de catarrhe de ces voies peut, en effet, n'avoir produit que peu de sécrétion, et ne pas se révéler par cette manœuvre, diverses circonstances mécaniques pouvant empêcher le reflux caractéristique. Pour peu que l'œil à opérer soit larmoyant, il n'y a lieu de se déclarer satisfait que si une injection d'eau salée poussée dans un canal lacrymal apparaît dans les narines.

D'une manière générale, les traitements à instituer sont de longue durée. Dans bon nombre de cas, on n'aboutira pas à l'idéal, à une guérison radicale. Mais encore faut-il s'en rapprocher le plus possible, et cela peut suffire pour la réussite. Il faudra naturellement redoubler de précautions antiseptiques avant, pendant et surtout après l'extraction. C'est dans des cas de ce genre qu'on pourra avec avantage saupoudrer l'œil opéré d'iodoforme, ce médicament, outre qu'il s'oppose à la pullulation des microbes, tarissant plus ou moins les sécrétions conjonctivales, lesquelles sont alors particulièrement à craindre.

C'est ici surtout qu'il faut être pénétré de l'idée que les antiseptiques n'agissent pas uniquement en vertu de leur pouvoir microbicide absolu, mais que l'utilité de leur emploi consiste surtout en ce que, tout en tuant une partie des microbes, ils annulent passagèrement leur prolifération, et pour beaucoup d'entre eux, en ce qu'ils augmentent la résistance des tissus à l'égard des microbes, et permettent ainsi aux forces de diverse nature, inhérentes aux organes et aux tissus, d'éliminer peu à peu ces microbes. Quelque grande que soit la diversité des moyens usités, ils tendent tous vers le même but : l'élimination des microbes. Il en est ainsi notamment des remèdes employés contre la catarrhe conjonctival, à commencer par le nitrate d'argent pour finir par les astringents les plus faibles, y compris le dernier venu, l'alumnol. L'action astringente coagule les liquides interstitiels des couches les plus superficielles des tissus, condense ceux-ci, et les rend plus résistants à l'égard de la marche envahissante des microbes. Selon les allures du catarrhe conjonctival, on préfèrera tantôt les antiseptiques purs, tantôt quand la sécrétion est surtout muqueuse, les remèdes plutôt astringents. Il est du reste à remarquer que tous les médicaments employés en pareils cas jouissent de propriétés antiseptiques.

L'emploi d'antiseptiques incorporés dans des corps gras pour combattre les affections blépharitiques semble être justifié par la considération que, dans ce cas, les replis hébergeant les microbes sont remplis de graisse. C'est alors qu'il peut être utile d'exprimer à diverses reprises les sécrétions retenues dans les conduits excréteurs des glandes du bord palpébral.

Pour ce qui est des affections des voies lacrymales, la préoccupation dominante est de rétablir leur perméabilité par les moyens connus.

Nous ne saurions souscrire à la recommandation d'auteurs tels que Haab, qui, dans les cas d'obstacle constaté à l'écoulement des larmes, conseillait récemment de cautériser au fer rouge les papilles lacrymales à l'effet d'obstruer les canali-

cules; nous ne saurions pas davantage adopter la pratique de ceux qui, comme Deutschmann, prétendent fermer ces canalicules contre le reflux des sécrétions septiques du sac par des ligatures étreignant les canalicules après leur incision. Nous mettons sur la même ligne les cautérisations énergiques du sac dans toute affection de ce genre, une telle médication n'étant légitime que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Malgré tout ce qu'on aura fait dans cette direction, on verra toujours se poser la question embarrassante de savoir si on a fait assez, si l'œil à opérer est devenu, non pas d'une asepsie absolue, irréalisable surtout ici, mais d'une asepsie suffisante.

Il n'y a certes pas d'oculiste qui ne se soit demandé s'il n'y aurait pas un moyen de reconnaître à l'avance quels sont les yeux qui sont suspects de s'infecter sous le pansement. C'est un critérium de prédisposition à l'infection qu'il faudrait avoir.

Nous pensons avoir découvert ce critérium, sinon absolu, au moins applicable dans la plupart des cas. Ce moyen consiste dans l'application d'un bandage compressif aseptique, durant deux jours, sans qu'on prenne préalablement de l'œil d'autres soins que de le soumettre aux simples mesures de propreté. S'agit-il d'un œil suffisamment aseptique, alors on trouvera le deuxième jour le bandeau non mouillé, l'œil sec et pâle. Au contraire, si le pansement est recouvert d'une quantité notable de sécrétion, si l'œil a rougi et sécrète, c'est qu'alors les conditions sont telles que l'occlusion aurait pu provoquer l'infection de la plaie d'une extraction de cataracte, soit que les microbes pathogènes, n'importe de quelle provenance, s'y trouvassent en quantité efficace, soit que le terrain fût dépourvu de la résistance normale à l'égard des microbes. Un œil se révèle-t-il comme suspect à cette épreuve, il faudra continuer, au besoin en le variant, le traitement préparatoire à l'extraction de la cataracte. Il nous est arrivé de n'obtenir l'asepsie voulue qu'après avoir appliqué à l'œil deux et même trois fois notre pierre de touche.

Les développements qui précèdent et notre critérium de la septicité d'un œil supposent que l'infection ne se produit pas au moment de l'opération, mais après, les germes pyogènes pouvant provenir, soit des voies lacrymales, soit du sac conjonctival, soit du bord libre des paupières. Nous croyons que tel est le cas habituel, exception faite naturellement pour les cas rares où l'infection serait endogène.

Nous disposons actuellement, en effet, de procédés d'asepsie suffisants pour les mains de l'opérateur et l'œil lui-même; quant aux instruments, leur asepsie est chose facile à réaliser.

C. *Stérilisation des instruments.* — D'après ce qui a été dit plus haut, nous ne serons guère tenté d'accorder une confiance illimitée à la désinfection par les moyens chimiques. En théorie, les microbes ne résistent pas à l'action prolongée des substances antiseptiques énergiques; mais trop souvent ils sont enfermés dans des taches de sang, de mucus, de graisse, voire même desséchées, toutes circonstances qui entravent et rendent même impossible la désinfection absolue à l'aide de ces moyens. La plupart des substances les plus antiseptiques attaquent l'acier des instruments. Le sublimé corrosif doit être absolument écarté pour ce motif. La solution aqueuse d'acide phénique, usitée encore en chirurgie générale, attaque assez vite le fil de nos instruments tranchants, et du reste elle n'a qu'un pouvoir désinfectant restreint.

La substance qui, en ce moment, semble l'emporter sur toutes les autres est le cyanure de mercure, recommandé par M. Chibret, qui plonge les instruments pendant dix minutes dans une solution aqueuse de ce sel à 1 0/0. Les propriétés antiseptiques de cette solution sont excellentes, et nous avons pu nous convaincre qu'une immersion de quelques heures dans ce liquide froid n'entame pas le poli et ne gâte pas le tranchant des instruments d'une manière sensible. Sous ce double rapport, cet agent se recommande tout spécialement.

En l'état actuel de nos connaissances, nous ne pensons pas cependant que la désinfection par un agent chimique puisse être recommandée comme méthode générale, dominante, et cela en tenant compte de tout ce que nous savons des limites restreintes mises à l'activité des antiseptiques chimiques en général. La chaleur doit être de tout point préférée chaque fois qu'il s'agit d'instruments d'acier notamment. Pour les curettes et les instruments en caoutchouc durci on pourra avoir recours au cyanure de mercure.

On sait que le flambage altère les fins tranchants de nos instruments d'oculistique et qu'il en est de même de la stérilisation à l'étuve à 150° ou 200° C.; nous ne nous y arrêterons pas.

Actuellement la pratique la plus communément adoptée, et en même temps la plus commode et la plus sûre est l'ébullition, la coction dans l'eau. On donnera à cette eau une action plus antiseptique en y ajoutant un alcali fixe de potasse ou de soude, voir même du chlorure de sodium.

Nous nous servons habituellement d'une solution de 1.5 à 2 0/0 de carbonate de soude, recommandée par M. Schimmelbusch. Cette solution, à partir de la concentration de 1 0/0, outre qu'elle sert avec avantage au nettoyage à froid des instruments — opération dans laquelle elle peut remplacer le savon — outre qu'elle peut se fabriquer dans presque tous les ménages, développe à une chaleur de 100° des propriétés antiseptiques remarquables.

Dans les conditions habituelles, une immersion de 3 à 4 secondes dans cette eau alcaline suffit amplement pour désinfecter nos lancettes et nos petits bistouris. Au sortir du liquide, les instruments sèchent vite et se recouvrent d'une fine poussière de soude, qu'on enlèvera aisément en les essuyant avec de la gaze aseptique. Les écarteurs, les pinces à griffes ou à dents, etc., exigent une coction un peu plus prolongée, mais qui, pour la pratique oculistique, ne dépasse pas une demi-minute.

La coction dans l'eau ramollit le ciment qui unit les lames métalliques avec les manches de certains instruments. On peut y remédier par un montage spécial, purement métallique, entre la lame et le manche. De nombreux praticiens, surtout ceux qui désinfectent par l'air chaud, exigent que les manches soient lisses et en métal (nickel ou aluminium). Les instruments ainsi constitués nous semblent être dépourvus d'une qualité que possèdent les manches en ivoire ou en os, et qui a bien sa valeur en oculistique : l'os et l'ivoire, en effet, adhèrent en quelque sorte aux doigts; l'absence de cette qualité dans les manches métalliques polis est très sensible en oculistique, et diminue la sûreté des deux ou trois doigts qui saisissent l'instrument.

Aussi nous préférons nous en tenir à l'ancienne monture, que nous évitons même de plonger dans l'eau bouillante. Nous nous contentons de nettoyer ces manches soigneusement et de les plonger au besoin dans un liquide fortement antiseptique, tel que la solution de cyanure de mercure à 1 0/0. L'asepsie des manches, qui en somme n'arrivent pas au contact de la plaie, est du reste moins rigoureusement exigible que celle de la lame métallique, de la partie tranchante.

Nous pensons aussi que, lors de la stérilisation dans l'eau sodique, il vaut mieux tenir en main les instruments tranchants pendant les quelques secondes que dure leur immersion.

Les instruments métalliques non tranchants, pinces, écarteurs, aiguilles, etc., sont plongés en entier dans le liquide bouillant.

D. *Désinfection des pièces de pansement.* — Dans le temps, on croyait réaliser la désinfection des pièces de pansement en imprégnant les objets de ce genre (bandes, ouate, gaze, etc.) de substances antiseptiques diverses. On est revenu de cette idée, d'abord parce que de cette manière on ne saurait obtenir une asepsie complète, ni même sérieuse, puis parce que cette imprégnation altère certaines propriétés physiques essentielles des pièces de pansement.

Les substances antiseptiques sont fixées généralement dans les pièces de pansement à l'aide de fixatifs constitués par la glycérine et par des principes résineux, dont la présence, outre qu'elle peut irriter la peau, diminue le pouvoir absorbant de l'ouate, de la gaze, etc. Or, une condition favorable pour le développement des microbes est l'humidité. Très souvent les bords ciliaires des paupières hébergent des bactéries pathogènes, et si les liquides déversés dans le sac conjonctival y séjournent et inondent les bords ciliaires, les germes s'y déve-

loppent beaucoup mieux que si le pansement absorbe avidement les sécrétions.

La conclusion est donc que les pièces de pansement doivent se composer de gaze et d'ouate simplement aseptiques et rendues telles au moyen de la stérilisation par la vapeur d'eau saturée.

Cette vapeur d'eau peut être donnée à haute tension au moyen de l'autoclave; c'est là un procédé sûr, mais délicat, et l'appareil nécessaire est d'un prix élevé.

On peut, aussi sûrement, se contenter de la vapeur d'eau saturée à 100° tenue en présence de son liquide générateur et fournie par une étuve spéciale peu coûteuse.

La vapeur produite par l'ébullition pénètre dans l'étuve et refoule l'air qui y est contenu de façon à prendre sa place. A ce moment commence la désinfection. Les objets de pansement, les fils, etc., disposés dans des corbeilles en fils de laiton, doivent subir pendant une demi-heure l'action de la vapeur, puis on fait, pendant un quart d'heure, passer un courant d'air sec et chaud destiné à les sécher.

Un dispositif très simple de l'appareil permet de distribuer à volonté de la vapeur ou de l'air chaud.

La question de l'asepsie des collyres mérite enfin une mention spéciale. On essaye d'empêcher ceux-ci de devenir infectants en les additionnant d'une faible quantité de sublimé ou de cyanure de mercure; à une dose aussi faible, cependant, il ne faut guère espérer détruire tous les microbes, et l'expérience, en effet, est là pour démontrer que les collyres sont difficilement tenus aseptiques. Si l'on veut être sûr de son collyre, il n'y a qu'un moyen, c'est de le faire bouillir au moment d'en faire usage. De plus on stérilisera la pipette et le flacon. Dans un but analogue, on a recommandé de conserver les collyres dans des ampoules en verre soufflé et scellées à la lampe.

M. Chibret (de Clermont-Ferrand). — Le cyanure de mercure est bien préférable au bichlorure, son pouvoir antiseptique est supérieur à l'eau bouillie, et comme je l'ai fait souvent observer, c'est de tous les sels solubles de mercure le plus stable.

M. Trousseau (de Paris). — Il y a lieu de féliciter M. Nuel de nous avoir évité une longue et inutile énumération des antiseptiques, et de nous avoir rappelé que le lavage, par son action mécanique, est de la plus haute importance. Comme lui, nous admettons l'utilité des pansements secs, qui évitent la macération épidermique.

Ce que M. Nuel a dit de la désinfection des instruments est fait pour me plaire, car j'ai moi-même cherché à simplifier notre instrumentation, dans le seul but de réduire au minimum le traumatisme de l'œil et de diminuer d'autant les chances d'infection.

M. Nuel a insisté sur la quantité des microbes comme facteur d'infection. C'est surtout leur qualité qu'il faut prendre en considération. Le pus d'une dacryocystite est autrement dangereux que la sécrétion d'une simple conjonctivite. A ce point de vue, le bandeau réactif me paraît très intéressant.

M. Dor (de Lyon). — M. Nuel a fait le procès du bain instrumental d'huile employé à Lyon, mais il ne le connait évidemment pas, car, par ce moyen, les instruments ne sont nullement gras, lorsqu'au sortir du bain on les plonge dans de l'eau distillée.

Puisque nous parlons de substances antiseptiques, je dirai deux mots du trichloride d'iode, qui m'a donné des résultats de beaucoup inférieurs à ceux du sublimé : j'ai eu avec cette substance des panophtalmies et des opacités cornéennes.

M. Parisotti (de Rome). — Je ne connais pas la suppuration oculaire, grâce aux soins méticuleux que je prends pour mes instruments et les opérations.

Les instruments sont bouillis après avoir servi, puis ils sont plongés à demeure dans une trousse à liquide, un petit bocal spécial rempli d'alcool absolu d'où je ne les sors que pour servir à nouveau ; les manches sont stérilisés au sublimé. Les pièces de mes pansements passent à l'étuve d'où elles ne sortent qu'au moment de servir.

Dans quelques cas de suppuration commençante, j'ai pu arrêter le processus infectieux avec des lavages intra-oculaires.

M. Gayet (de Lyon). — Le lavage intra-oculaire me paraît une pratique très recommandable et je l'emploie depuis longtemps sans m'en départir. Mais à l'encontre de MM. Panas et Vacher, je n'agis pas timidement, et avec quelques gouttes d'antiseptique seulement. J'irrigue largement et avec force la chambre antérieure, et mon lavage non seulement aseptise le champ opératoire, mais aide les débris cristalliniens à sortir.

Cependant, pour que ces lavages soient bien supportés, il faut que le liquide soit chaud; avec des injections froides j'ai eu de véritables accès de glaucome. Le liquide que j'emploie est à la température de 38°C.; c'est le liquide salé préconisé par M. Nuel.

M. Parinaud (Paris). — Il me paraît impossible d'obtenir l'asepsie parfaite de la conjonctive. Depuis un an, avec M. Morax, j'ai fait de nombreuses recherches sur ce sujet. Toujours, nous avons retrouvé des microbes. J'ai même, à diverses reprises, constaté ce fait paradoxal que, quelques heures après l'emploi du sublimé, on en trouve davantage qu'auparavant. Ce qui tient sans doute à ce que l'action de cet antiseptique est puissante, mais fort courte, tandis que son action irritante est beaucoup plus longue.

Actuellement, je me contente d'antiseptiques moins actifs, et j'attache une grande importance au lavage mécanique, que je pratique avec une solution alcaline, au sous-carbonate de soude.

Pour éviter les infections légères, qui se produisent sous le bandeau, j'emploie les poudres d'iodoforme ou de salol, déposées dans le grand angle de l'œil. Enfin, j'additionne mes collyres à la cocaïne, de sublimé dans la proportion de 1|2000. Il se forme un chloro-mercurate de cocaïne, peu soluble, mais très antiseptique.

M. Panas. — Le lavage de la chambre antérieure m'a toujours donné d'excellents résultats. Autrefois j'avais souvent des suppurations intra-oculaires. Depuis, je n'ai plus eu à déplorer pareil accident. Mais, en fait de lavage de ce genre, il ne faut pas dépasser la quantité d'un centimètre cube au maximum, car les grands lavages ne servent qu'à faire évacuer les masses corticales. De plus, j'emploie exclusivement la solution boriquée, car tout autre liquide irrite la cornée. Si l'origine microbienne de la cataracte est réelle, le lavage de la chambre antérieure est rationnel.

M. Vacher (Orléans). — Je me sers, pour le lavage, d'un siphon spécial qui permet de le faire en quantité abondante, de manière à faire sortir les masses corticales.

M. Sulzer (Genève). — Je ferai observer à M. Nuel qu'il est préférable d'employer l'autoclave pour la stérilisation des pansements; on obtient ainsi une stérilisation absolue.

M. Vignes (Paris). — Ainsi que le recommande M. Nuel, j'emploie les alcalins pour la désinfection des instruments, et je dois dire que je n'ai eu que d'excellents résultats. Je me sers presque exclusivement de collyres aseptiques dont j'ai, le premier, préconisé l'emploi, dans une des dernières séances de la Société d'ophtalmologie de Paris.

M. Darier (Paris). — J'ai l'habitude, avant de pratiquer une opération, de faire des injections sous-conjonctivales de sublimé pour faire de l'asepsie préalable. J'emploie aussi les collyres aseptiques contenus dans de petites ampoules de verre qu'il suffit de briser au moment de leur emploi.

M. Abadie. — J'ai été un des premiers à recommander les lavages intra-oculaires quand on a commencé à introduire l'antiseptique dans la chirurgie oculaire. A ce moment on prenait des précautions quelque peu excessives, car on voulait à tout prix éviter le phlegmon de l'œil. Peu à peu on se départit de tant de rigueur et il en est advenu du lavage intra-oculaire ce qui est advenu du spray employé tout d'abord par tous les chirurgiens et auxquels tous ont fini par renoncer. J'opère un nombre considérable de cataractes, aux Quinze-Vingts on en opère encore davantage et néanmoins, sans lavages intra-oculaires, les statistiques sont aussi brillantes que celles de M. Panas.

Quand on parle de l'infection de l'œil on vise toujours le phlegmon. Pourtant avec des instruments bien stérilisés à l'étuve et des lavages et nettoyages des culs-de-sac de la conjonctive et des voies lacrymales avec une solution de sublimé à un pour deux mille on l'évite presque toujours.

Mais ce à quoi on ne prête pas assez attention, ce sont ces

légères poussées d'iritis, de choroïdites, ces cicatrisations tardives de la plaie qui favorisent les enclavements et qui sont des phénomènes d'ordre infectieux. Il ne faut pas oublier que la virulence varie de 0 à l'infini, d'une simple irritation conjonctivale au phlegmon de l'œil.

Or, pour éviter ces infections légères, mais qui peuvent devenir le point de départ de complications sérieuses, je conseille d'employer les collyres absolument aseptiques contenus dans des ampoules de verre que MM. Vignes et Darier ont récemment introduits dans la pratique. Je m'en sers depuis quelque temps et je m'en trouve très bien.

Incidemment M. Panas a parlé des recherches de M. Galippe qui a trouvé des microbes dans les cristallins cataractés. Cela m'a aussi d'abord fort étonné. Mais M. Galippe avait annoncé aussi à une époque que les microbes traversaient tous les filtres et membranes filtrantes et le fait d'abord très contesté a été finalement reconnu exact par tout le monde. M. Galippe me faisait observer du reste que le gonocoque qui est introduit dans l'urèthre finit par atteindre parfois l'articulation du genou et doit traverser dans l'économie bien des tissus et des membranes pour en arriver là.

Ceci nous expliquerait assez bien l'apparition des cataractes qui accompagnent souvent les choroïdites d'origine infectieuse.

M. Nuel. — Je reconnais que l'autoclave offre une stérilisation plus exacte que l'étuve à 100°, mais il nous suffit, à mon point de vue, d'une asepsie relative que j'appelle *suffisante*.

Quant aux bains d'huile rappelés par M. Dor, je me demande comment les instruments peuvent supporter une température de 200°.

Enfin, j'ajoute que je ne crois pas qu'il soit démontré encore suffisamment que le cyanure d'hydrargyre assure une antisepsie réelle durant vingt-quatre heures; l'expérience doit être plus convaincante.

Traitement du strabisme.

M. Parinaud (de Paris), *rapporteur.* — J'ai étudié longuement, quoique d'une manière encore incomplète, la pathogénie du strabisme. Je ne puis ici que résumer cette étude sous forme de propositions, en mettant surtout en relief les faits qui nous intéressent au point de vue du traitement.

Je définis le *strabisme concomitant,* qui seul doit nous occuper ici: un vice de développement de l'appareil visuel dont le principal symptôme est l'impossibilité de faire converger les deux yeux sur l'objet fixé.

Le vice de développement porte à la fois sur la partie motrice et sur la partie sensorielle de cet appareil.

Il faut distinguer les causes initiales du strabisme d'avec les modifications secondaires. Par causes initiales, j'entends celles qui déterminent la déviation; par modifications secondaires, celles qui sont produites par elle. Quoique produites par la déviation, ces modifications secondaires contribuent à l'entretenir.

Autour de trois faits, la convergence, l'accommodation, le fusionnement, roule toute la pathogénie du strabisme envisagé dans ses causes initiales.

Le strabisme au début est caractérisé par un trouble de l'innervation de convergence. Le trouble nerveux est tantôt passager, tantôt définitif. Le strabisme, en effet, peut guérir soit spontanément, soit par le traitement optique, lorsque ce traitement a de l'action sur les causes qui déterminent la déviation et lorsqu'il est appliqué avant que des transformations définitives se soient produites dans l'appareil visuel. Mais lorsque le strabisme est fixe, ces transformations que je qualifie de modifications secondaires se produisent tôt ou tard, à des degrés variables, dépendant de la fixité de la déviation, de sa durée et de son développement plus ou moins rapproché de la naissance.

Ces modifications secondaires portent sur l'appareil moteur et sur l'appareil sensoriel de vision binoculaire.

Elles consistent, pour l'appareil moteur, en des déviations caractéristiques accompagnées des rétractions qui, suivant une loi anatomique, se produisent lorqu'un organe atteint dès l'enfance une position vicieuse; sur l'appareil sensoriel les modifications secondaires se traduisent par l'amblyopie de l'œil dévié lorsque le strabisme est fixé et monolatéral, et aussi par un changement des rapports qui unissent les deux rétines aux centres visuels. De là la perte de la vision binoculaire. Les différents moyens de traitement du strabisme appartiennent à deux catégories bien distinctes qui constituent le *traitement optique ou fonctionnel* et le *traitement chirurgical.*

Traitement optique ou fonctionnel. — Le traitement optique comprend différents procédés qui ne sont utiles qu'en facilitant, en régularisant, en sollicitant la vision binoculaire. Le nom générique qui leur conviendrait le mieux est celui de traitement fonctionnel. Celui de traitement orthoptique ou orthopédique n'a pas de sens bien défini; s'il implique une action sur les muscles, il est faux.

Le traitement optique ou fonctionnel ne s'adresse naturellement qu'aux causes initiales du strabisme. J'ai dit que les causes oculaires produisent la déviation par deux intermédiaires : l'accommodation et le fusionnement. Les différents modes de traitement optique agissent par les mêmes intermédiaires. Ils forment donc deux catégories : ceux qui agissent par l'intermédiaire de l'accommodation, ceux qui agissent par l'intermédiaire du fusionnement.

Procédés qui agissent par l'intermédiaire de l'accommodation. — Nous pouvons agir sur l'accommodation et, par elle, sur la convergence, de deux manières : par les verres et par le mydriatiques. Ce sont surtout les verres qui sont utiles comme moyen pratique de traitement. J'appellerai traitement dioptrique celui qui est basé sur l'usage des verres correcteurs de l'amétropie.

a). *Strabisme convergent des hypermétropes* : J'ai l'habitude d'instiller tout d'abord l'atropine, qui permet de déterminer plus exactement l'état de la réfraction et nous fournit un premier renseignement sur l'utilité du traitement optique. Les instillations devront être répétées sur les deux yeux, au moins pendant une huitaine de jours. Il arrive parfois que le strabisme s'exagère après les premières instillations. L'atropinisation devra être suffisamment complète et prolongée pour supprimer complètement l'effort accommodatif. Si les yeux se redressent sous l'action de l'atropine, c'est la preuve qu'il n'y a pas de rétraction; c'est aussi pour le médecin l'assurance presque certaine que le traitement optique sera efficace.

Les verres prescrits devront corriger l'hypermétropie totale et l'astigmatisme s'il y a lieu. Ils devront être portés constamment. Lorsque l'action des verres est lente ou insuffisante, il est parfois utile de faire une surcorrection de 1 D., que les enfants supportent très bien.

Lorsque les yeux se sont redressés sous l'action de l'atropine, ils se redressent généralement aussi dans les premiers jours où l'on fait usage des verres, quand l'effet de l'atropine a complètement disparu. Il arrive cependant qu'un strabisme qui a cédé à l'action de l'atropine ne disparaisse pas immédiatement avec les verres sphériques : c'est ce qui a eu lieu en particulier quand il y a un peu d'astigmatisme dont on a cru devoir négliger la correction. L'inverse s'observe également, certains strabismes pour lesquels l'atropine n'a pas donné de résultat se modifiant assez rapidement avec les verres.

De ce que les verres ne donnent pas un résultat immédiat, il ne faudrait pas conclure qu'ils seront inutiles. Même dans ce cas on peut obtenir une guérison définitive. Il arrive souvent que l'action des verres, d'abord insuffisante, ne se manifeste d'une manière bien appréciable qu'après quelques mois.

Pour comprendre l'action lente des verres, il faut tenir compte de l'évolution naturelle du strabisme convergent qui tend à diminuer avec l'âge et même à guérir spontanément, comme de Wecker l'a depuis longtemps remarqué, quand les rétractions fibreuses n'ont pas eu le temps de se produire.

L'atropine, spécialement recommandée par Green et Boucheron, ne saurait remplacer l'usage des verres, si ce n'est dans un petit nombre de cas. Le traitement optique en effet est généralement long et il n'est pas possible de faire usage de l'atropine pendant des mois et même des années. En dehors de l'intolérance qui peut s'établir, la suppression prolongée de la fonction visuelle pour la vision rapprochée n'est pas sans inconvénient. L'atropine n'est donc qu'un auxiliaire du traitement dioptrique. Elle trouve cependant une indication spé-

ciale chez les tout jeunes enfants qui ne peuvent pas porter de lunettes.

Je n'ai aucune expérience sur l'utilité de l'ésérine, recommandée par Ulrich.

b). *Strabisme divergent des myopes* : Dans le strabisme divergent des myopes, les moyens précédents ont peu d'action. La raison principale de ce fait est que le traitement n'est pas secondé ici par l'évolution naturelle du strabisme divergent qui, à l'inverse du convergent, n'a pas de tendance à diminuer avec le temps.

c). *Strabisme convergent des myopes* : Dans le strabisme convergent des myopes on prescrit les verres concaves qui souvent donnent de bons résultats ; les verres concaves diminuent généralement l'excès de convergence dans les cas de ce genre, du moins pour la fixation à distance, alors que, par l'effort d'accommodation qu'ils imposent, il devraient au contraire l'augmenter.

Pour comprendre cette action paradoxale des verres, il faut, dans les différentes formes de strabisme, distinguer les relations dynamiques d'avec les relations statiques de ces deux forces, c'est-à-dire la synergie d'action qui les unit dans leurs rapports à l'état de repos. Dans le strabisme convergent des hypermétropes, les verres convexes agissent en vertu des relations dynamiques ; en diminuant l'effort accommodatif, nous diminuons l'effort de convergence. Dans le strabisme convergent des myopes, les verres concaves s'adressent à l'état statique ; c'est pour cela qu'ils modifient l'excès de convergence, surtout pour la fixation à distance, c'est-à-dire à l'état de repos.

Procédés qui agissent par l'intermédiaire du fusionnement. — Ils sont de deux ordres : les uns agissent en facilitant la vision binoculaire, les autres en sollicitant habituellement cette même vision binoculaire.

a). *Procédés qui agissent en facilitant la vision binoculaire* : Les prismes portés en lunettes dont l'usage a été recommandé par de Græfe et Javal agissent de cette façon. Ce n'est pas par la gymnastique qu'ils imposent aux muscles qu'ils sont utiles, mais en facilitant la vision binoculaire et en favorisant ainsi le développement régulier de l'innervation de convergence. Au début du strabisme divergent myopique, les prismes à base nasale combinés avec les verres concaves peuvent rendre quelques services. Dans le strabisme convergent, il est également utile, dans quelques cas, d'associer les verres concaves aux prismes à base temporale. Pendant que les verres convexes relâchent l'accommodation et la convergence, les prismes ont une action favorable sur le fusionnement en déplaçant l'image rétinienne.

b). *Procédés qui agissent en sollicitant le fusionnement binoculaire* : On peut déterminer une réaction de même nature qu'avec le prisme, en faisant arriver sur chaque rétine, à l'aide du stéréoscope, l'image de deux objets semblables dont le fusionnement donnera l'impression d'un objet unique. Mais on peut en outre obtenir avec le même instrument une sollicitation particulière du fusionnement en se servant de deux images de perspective différente pouvant produire le *relief stéréoscopique*.

Ces différents exercices forment la base du traitement préconisé par Javal. Ce traitement, d'après l'auteur, peut se diviser en trois temps : 1° production de la diplopie ; 2° fusion des images doubles ; 3° extension de la division binoculaire à toutes les positions du regard.

Pour provoquer la diplopie quand elle n'existe pas spontanément, Javal a surtout recours à l'occlusion du bon œil à l'aide de la coque oculaire, occlusion qu'il prolonge dans certains cas pendant un an, deux au besoin.

Lorsqu'on a déterminé la perception simultanée des images de chaque œil, il s'agit d'en obtenir le fusionnement. Quand le fusionnement existe pour une certaine distance, on peut solliciter la fonction en déplaçant l'objet que l'on fait fixer.

La vision binoculaire n'est parfaite que lorsque le sujet accuse la perception du relief stéréoscopique.

Le traitement par le stéréoscope n'est pas souvent suffisant à lui tout seul pour remédier au strabisme, mais cette méthode est surtout utile pour consolider la guérison obtenue par le traitement dioptrique ou chirurgical.

Parmi les faits favorables au rétablissement de la vision binoculaire, je citerai les cas de strabisme convergent hypermétropique qui se développent vers l'âge de quatre ans. Si nous n'intervenons pas trop tard, la guérison du strabisme par les lunettes est la règle et le rétablissement de la vision binoculaire aussi ; mais ce rétablissement se fait, en général, tout seul.

Le strabisme divergent, qui se développe plus tard que le convergent, est, de ce fait, plus favorable pour le rétablissement de la vision binoculaire. Lorsque le strabisme se développe exceptionnellement à un âge avancé, sans être causé par une altération grave de la vision, et que le malade a joui antérieurement de la vision binoculaire, son rétablissement est encore plus facile.

Toutefois, sans contester l'utilité du stéréoscope, j'ai quelque tendance à croire que, lorsque la vision se rétablit d'une manière effective, c'est-à-dire assez solidement pour que le malade l'utilise dans les conditions ordinaires de la vision et sans le secours de la sollicitude stéréoscopique, elle se rétablit le plus souvent toute seule. Je pense que le meilleur des exercices est celui que le malade fait naturellement avec ses yeux lorsque nous les avons redressés par le traitement dioptrique ou chirurgical et que nous l'avons mis en état de voir binoculairement.

Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical du strabisme comprend quatre espèces d'opérations : 1° la ténotomie ou reculement musculaire ; 2° l'avancement musculaire ; 3° l'avancement capsulaire ; 4° le débridement ou reculement capsulaire.

1° *Ténotomie ou reculement musculaire.* — Dans la ténotomie, deux points sont à considérer : son action et ses effets.

a). *Comment agit la ténotomie ?* : L'opinion ancienne d'après laquelle la ténotomie agirait mécaniquement et comme remède au racourcissement du muscle en reculant son insertion est fausse. En effet, le strabisme est surtout et avant tout, au début, caractérisé par un trouble de l'innervation de convergence, et la ténotomie remédie à ce trouble d'innervation, car elle agit en affaiblissant le muscle dont on recule l'insertion.

On voit immédiatement qu'en remédiant à un trouble nerveux, la ténotomie ne s'adresse pas directement à la cause de la déviation qui siège dans le cerveau. C'est par action indirecte qu'elle intervient et l'on comprend que, dans ces conditions, il soit difficile de mesurer exactement l'effet opératoire. La difficulté est d'autant plus grande que la force à laquelle nous nous adressons n'est pas une chose fixe ; elle tend à diminuer ou à augmenter avec le temps, suivant les cas. Dans le strabisme convergent, après une période où cette force augmente ou, tout au moins, conserve son énergie, il y en a une autre où elle diminue. Elle peut même disparaître tout à fait, et l'excès d'innervation de convergence du début peut être remplacé par son abolition complète. Dans le strabisme divergent, l'action nerveuse qui est représentée par une valeur négative, par l'insuffisance d'innervation de convergence, tend au contraire à augmenter indéfiniment avec l'âge, d'où l'évolution différente du strabisme convergent et divergent. Il est dès lors facile de comprendre que l'effet de l'opération sera différent selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre variété de strabisme, et suivant le moment où nous intervenons.

C'est là le principal écueil de la tétotomie pratiquée chez les jeunes sujets. Le strabisme secondaire est cependant une exception quand on opère avec mesure. Si cet accident ne se produit pas aussi souvent que pourrait le faire supposer les considérations qui précèdent, cela tient à deux causes : d'abord au rétablissement possible de la vision binoculaire, ensuite à la rétraction secondaire des parties fibreuses, qui modifient l'évolution du strabisme.

Ici l'ancienne interprétation est en partie justifiée, mais en partie seulement, car la rétraction, l'obstacle mécanique, s'il réside dans le muscle réside aussi et surtout dans les parties fibreuses, dans la capsule de Tenon. Voilà un nouveau fait dont il faut se convaincre si l'on veut opérer en toute connaissance de cause et doser le mieux possible l'effet opératoire.

b). *Comment peut-on obtenir plus ou moins d'effet par la*

ténotomie? : Pour réduire au minimum l'effet de la ténotomie, il faut pratiquer dans la capsule une très petite ouverture, en limitant le plus possible la section à l'insertion tendineuse.

Si l'on veut obtenir un effet plus marqué, on se servira d'un grand crochet, ce qui entraînera une ouverture plus grande de la capsule, et l'on ouvrira la capsule un peu plus loin du bord du muscle. Si le redressement est insuffisant, on augmentera le débridement par de petits coups de ciseaux pratiqués perpendiculairement au muscle, en haut et en bas, ou encore en se servant du crochet et en sectionnant ce qui s'oppose à son dégagement dans les mêmes directions.

Toutefois, lorsque le débridement de la capsule accompagne la ténotomie, il faut, même dans les strabismes de l'adulte, éviter de le faire trop considérable, pour prévenir l'enfoncement disgracieux de la caroncule et la propulsion du globe en avant.

Pour augmenter l'effet du reculement, on a proposé différents modes de sutures appliquées au niveau de l'antagoniste et destinées à tenir l'œil dévié, pendant la période de cicatrisation, dans un sens opposé à la déviation à corriger. La suture de de Græfe-Snellen ne porte que sur la conjonctive ou plutôt sur la capsule. L'aiguille munie d'un fil est introduite dans la conjonctive près de la cornée et chemine parallèlement au muscle vers l'angle des paupières. On comprend dans l'anse du fil plus ou moins de conjonctive suivant l'effet à obtenir et l'on serre fortement. M. Meyer, qui a conservé l'usage de cette suture, introduit l'aiguille d'abord du côté de l'angle palpébral et la fait cheminer vers la cornée.

En pratiquant autrefois ces sutures, j'ai remarqué que je déplaçais le plus souvent la conjonctive d'arrière en avant sans agir sur la position du globe : je les faisais mal. Pour qu'elles soient efficaces, il faut raser le bord du muscle où le tissu fibreux de la capsule est plus résistant et a des connexions plus solides, par l'intermédiaire du muscle ou de son tendon, avec le bord de l'orbite.

2° *Avancement musculaire.* — L'avancement musculaire a été imaginé par Jules Guérin pour remédier au strabisme divergent secondaire, après une ténotomie malheureuse.

En avançant l'insertion du muscle, en la rapprochant du pôle antérieur de l'œil, on augmente son action, pour la même raison que dans le reculement on l'affaiblit.

En même temps, l'avancement musculaire donne un effet mécanique par le raccourcissement qu'elle fait subir au muscle avancé.

Nous devons chercher à faire de l'avancement capsulaire en même temps que l'avancement musculaire, pour obtenir une insertion nouvelle plus solide. Nous savons, en effet, qu'il ne faut guère compter sur une soudure directe du tendon à la sclérotique, que la nouvelle insertion se fait presque exclusivement par l'intermédiaire de la capsule. Nous avons donc tout intérêt à prendre dans la ligature le plus possible de la membrane fibreuse.

Une autre précaution à prendre est de borner l'excision de la conjonctive et du tissu épiscléral à un petit lambeau situé entre le tendon et la cornée, lambeau qui sera naturellement plus étendu dans l'avancement pour strabisme secondaire. Il faut en tout cas respecter les adhérences latérales du tendon à la capsule, et cela pour deux raisons. D'abord parce que les ligatures sont, de la sorte, beaucoup plus efficaces pour amener la rétraction de la capsule qui constitue un des facteurs de l'opération, ensuite parce qu'on prévient ainsi les effets du reculement si les ligatures viennent à lâcher.

Le procédé opératoire de M. Abadie me paraît répondre à ces indications, et c'est ainsi, je crois, que la majorité des opérateurs procèdent.

Pour prévenir les effets du reculement si les ligatures viennent à céder trop tôt, M. Motais propose de faire la ténotomie partielle en laissant une languette fibreuse médiane. Cette languette s'oppose forcément au déplacement de l'insertion directe en avant et rend illusoires les effets de l'avancement musculaire proprement dit. C'est donc, comme le fait remarquer M. de Wecker, une sorte d'avancement capsulaire que M. Motais fait aussi.

3° *Avancement capsulaire.* — L'avancement capsulaire a été proposé en 1883 par M. de Wecker qui décrit ainsi l'opération : « A-t-on affaire à un strabisme convergent? nous détachons près du bord externe de la cornée une demi-lune de conjonctive de 3 à 4 millimètres de longueur, en donnant au lambeau une légère concavité du côté de la cornée. Le retrait de la conjonctive met à nu l'insertion tendineuse du droit externe et nous permet d'établir une boutonnière dans la capsule près des deux extrémités du tendon, en ayant soin de dégager la capsule au-dessous du muscle et latéralement. On place alors deux sutures : une au-dessus et l'autre au-dessous du diamètre vertical de la cornée. La suture prend en ces points, situés près du bord cornéen, un pont formé de la conjonctive et du tissu sous-conjonctival pour ressortir dans la plaie conjonctivale. L'aiguille est alors introduite dans la boutonnière de la capsule, glisse sous le tendon et ressort en traversant le tendon, la capsule et la conjonctive en un point placé un peu en arrière de l'insertion du droit externe, près du milieu de ce tendon. Les extrémités des sutures étant momentanément rejetées vers la tempe, on procède au détachement du droit interne... »

Dans un travail récent, M. de Wecker semble avoir modifié un peu sa manière de faire. Les modifications consistent en ceci, qu'il n'attache pas une grande importance à l'étendue de l'excision et du dégagement de la capsule : « la simple incision conjonctivale suffit. » La seconde consiste en ce que l'aiguille est passée dans le muscle lui-même quand on veut obtenir un effet plus accusé. L'opération perd ainsi un peu son caractère d'avancement capsulaire.

Je crois que l'opération agit sur la capsule elle-même en déterminant sa rétraction, en produisant artificiellement ce que la nature réalise dans les déviations persistantes de l'œil.

L'avancement capsulaire a donc, selon moi, une action sur le globe de l'œil presque exclusivement mécanique. Il est, sous ce rapport, inférieur à l'avancement musculaire qui, à cette même action mécanique, joint un effet dynamique. Je crois cependant l'avancement capsulaire destiné à remplacer avantageusement l'avancement du muscle, parce que, sans toucher aux insertions, on peut obtenir pour le redressement de l'œil autant et même plus d'effet.

4° *Débridement ou reculement capsulaire.* — J'ai proposé le débridement de la capsule combiné à l'avancement au niveau de l'antagoniste pour remplacer, dans certains cas, la ténotomie. Je pratique actuellement l'opération simplifiée de la manière suivante :

Pour le débridement au niveau du droit interne, où l'opération sera le plus souvent indiquée, l'œil est attiré en dehors à l'aide d'une pince confiée à un aide. Avec une seconde pince à dents de souris on soulève un pli horizontal de la conjonctive entre l'insertion du tendon et la caroncule. L'incision de ce pli conjonctival donne une ouverture verticale que l'on agrandit en haut et en bas de manière à lui donner 12 à 15 millimètres de longueur. On dissèque la lèvre interne en détachant les adhérences prémusculaires jusqu'au voisinage de la caroncule. Le muscle étant mis à nu, on saisit avec la pince la capsule, au ras de ses bords, et l'on y fait deux boutonnières. Dans chaque boutonnière on introduit une branche des ciseaux courbes et l'on pratique en rasant la sclérotique deux sections de la capsule dirigées en haut et en bas, un peu en arrière. Chaque section doit avoir de 8 à 10 millimètres suivant l'effet à obtenir.

On fait ensuite l'avancement capsulaire comme je l'ai indiqué. Après l'application des ligatures capsulaires, si l'effet n'est pas aussi accusé qu'on le désire, on s'assure à l'aide du crochet que le débridement de la capsule est suffisant et le muscle bien isolé. On termine l'opération en réunissant par une suture légère les bords de la conjonctive de manière que le lambeau nasal recouvre la plaie capsulaire.

La suture conjonctivale peut être enlevée après vingt-quatre à quarante-huit heures. Les ligatures capsulaires doivent être maintenues cinq à six jours et même davantage, quand la réaction inflammatoire est faible.

L'effet plus ou moins grand du débridement capsulaire dépend des détails techniques suivants : d'abord de l'étendue du débridement, puis de la position de ce débridement (plus il est éloigné de la cornée et s'approche de l'équateur, plus il est efficace), en troisième lieu, de la section plus ou moins com-

plète des adhérences prémusculaires, et, d'une manière générale, de l'isolement plus ou moins complet du muscle des parties fibreuses qui l'entourent.

L'effet définitif sera encore d'autant plus accusé que la réaction inflammatoire sera plus faible au niveau du débridement. Il faut donc faire l'antisepsie rigoureuse, éviter l'introduction inutile et trop répétée des instruments dans la plaie, faire la suture aseptique de la conjonctive qui donne une plaie sous-conjonctivale de la capsule.

Par contre, un certain degré de réaction inflammatoire au niveau des ligatures capsulaires est à rechercher. C'est pour cela qu'il faut laisser assez longtemps ces sutures lorsque, par suite d'une bonne antisepsie, la réaction est faible.

Cette opération donne des résultats dans toutes les formes du strabisme, mais surtout dans les vieux strabismes avec limitation instable du champ de regard du côté opposé à la déviation.

(*A suivre.*) E. KOENIG.

CORRESPONDANCE

Du déplacement de l'un des Services des voies urinaires de l'Hôpital Necker.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Mercredi 26 avril, la *Société des Chirurgiens des Hôpitaux de Paris* se réunissait, sur la demande du directeur de l'Assistance publique, pour donner son avis sur l'affectation à donner à l'un des services de chirurgie à l'hôpital Necker, celui des deux services urinaires qui dépend de l'Assistance publique et dont le titulaire vient de mourir.

On sait que le service des voies urinaires de l'hôpital Necker, fondé par Civiale, avait été scindé, lors de la création de la clinique des maladies des voies urinaires, et qu'il existait dès lors deux services : l'un dépendant de l'Assistance publique et dirigé par M. Horteloup et l'autre dépendant de la Faculté.

A la mort de M. Horteloup, on a cru devoir remarquer qu'il y avait trop de deux services d'urinaires à Necker (1), et l'administration de l'Assistance publique a pensé devoir laisser la place libre à la Faculté en projetant le transfert dans un autre hôpital du service dépendant d'elle exclusivement, ajoutant que le résultat serait la création, à l'hôpital Necker, d'un service de chirurgie générale, de sorte que cette mutation aurait pour résultat la création d'un nouveau service et une nouvelle place pour les chirurgiens : 1° le service des voies urinaires transporté ailleurs dans un autre hôpital ; 2° un service de chirurgie générale créé à l'hôpital Necker.

C'est dans ces conditions que la question se présentait devant la *Société des Chirurgiens des Hôpitaux*. Le résultat du vote était sûr. Quel est celui des chirurgiens, surtout parmi les jeunes, qui eût résisté à une pareille avance ? Quoique un certain nombre d'entre eux aient vu la main qui tenait les fils, quoique, à une réunion précédente, ils aient clairement manifesté leur opinion, on pouvait être certain que ceux qui depuis 8, 7, 6 ans attendent leur tour de placement ne craindraient pas les présents, même donnés par les Grecs.

Néanmoins l'un d'entre eux a cru devoir montrer le piège et signaler le danger d'un précédent qui pourrait peut-être ouvrir la porte à bien des abus et créer une brèche difficile à combler. Voici, au demeurant, le texte exact des paroles qu'il a prononcées à cette occasion. Nous nous faisons un devoir de les insérer, en lui en laissant la responsabilité.

« Je sais, Messieurs, que je viens défendre une cause que je sens perdue à l'avance ; néanmoins, veuillez m'accorder quelques minutes d'attention. A l'appui du transfert dans un autre hôpital du service des maladies des voies urinaires, dépendant exclusivement de l'Assistance publique, on a invoqué deux motifs, qui tous deux ont été mis en avant par des collègues pour lesquels j'ai personnellement, et vous aussi, la plus grande estime, mais qui se trompent complètement dans leur manière de voir.

« Je ne parle pas, bien entendu, d'une réflexion, je ne dis pas une objection, émise par M. Terrier qui nous a dit : « S'il y avait à créer un deuxième service des maladies des yeux, personne ne songerait à le mettre à Lariboisière (où il y en a déjà un). » Je ferai, en effet, observer que les situations ne sont pas comparables. Ici, il s'agit ici du *maintien d'une situation acquise* et acquise depuis longtemps ; dans le cas que vise M. Terrier, il s'agirait d'une *création nouvelle*. Et, puisqu'il s'agit ici de Lariboisière, permettez-moi de vous dire que, si le titulaire de la chaire de clinique des voies urinaires avait imité la louable conduite du titulaire de la chaire d'ophtalmologie, nous n'aurions pas besoin de nous réunir (1).

« Mais je passe aux objections : deux de nos collègues nous ont dit que, puisqu'il y avait deux services de chirurgie urinaire, il valait mieux qu'il y en eût un sur la rive gauche et l'autre sur la rive droite, parce que la réunion de deux services dans un même hôpital oblige un certain nombre de malades à des déplacements fatigants, onéreux ; il est bien curieux qu'on s'en aperçoive seulement maintenant et qu'on ne s'en soit pas aperçu quand on a dédoublé le service !

Permettez-moi de vous dire que je ne comprends pas l'objection de la part des chirurgiens : car parler ainsi, c'est signer son abdication, c'est se reconnaître incapable de soigner des vessies, des urèthres, des prostates. Or, quel est celui d'entre nous qui, voyant arriver dans son cabinet un urèthre ou une vessie malade se hâte de l'envoyer à un spécialiste ? Personne, et nous avons raison. Or, nous devons agir vis-à-vis des malades de l'hôpital, comme nous agirions dans notre clientèle privée.

L'autre objection a été formulée par un de nos collègues, qui a parlé d'une situation terriblement acquise. Ceci ne peut intéresser que le chirurgien qui aurait le courage, ou l'indépendance, ou l'indifférence ou l'humilité nécessaires pour se placer à côté sans craindre le voisinage.

Je dis que l'on doit laisser le service des maladies des voies urinaires à Necker, parce qu'il y a là une tradition remontant à de nombreuses années, entretenue par des chirurgiens relevant seulement de l'Assistance publique.

Qui dit Necker, dit maladies des voies urinaires, comme qui dit Saint-Louis, dit maladies de peau, et cela est si vrai, que j'ai en ce moment-ci deux malades urinaires que j'ai vus le même jour chez moi, et que j'ai fait entrer à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Peyrot, où il me permet de les opérer, et qui m'ont fait tous deux la même réflexion : Je croyais qu'on ne soignait ces maladies qu'à l'hôpital Necker. Peu leur importait le nom du chirurgien !

Nous avons assimilé Necker à Saint-Louis et c'est à juste raison. A-t-on jamais songé à disloquer Saint-Louis, à transporter quelques-uns de ses admirables services de maladies de peau dans d'autres hôpitaux, de façon à mettre ses célèbres spécialistes à la portée des malades (beaucoup plus nombreux que les urinaires) qui viennent réclamer leurs soins ? Non, parce qu'il y a à Saint-Louis un centre d'enseignement, dont les malades sont *les premiers à bénéficier*. A côté de ces réunions hebdomadaires où tous les chefs de service échangent publiquement leurs idées, il y a un échange imperceptible, journalier d'idées, de doctrines, de moyens de traitement, une émulation constante, et cela *au bénéfice des malades*.

C'est cette émulation, ce sont ces mêmes conditions, qu'il serait désirable de voir s'établir à l'hôpital Necker.

Assurément, il n'est pas besoin de grands instituts et de vastes locaux pour voir naître des œuvres de génie. Claude Bernard, nous a-t-on dit, a fait ses plus belles découvertes dans les caves du collège de France. Nous pourrions dire où ont pris naissance l'uréthrotomie interne, l'uréthrotomie externe, les autoplasties de l'urèthre, la lithotritie moderne, la taille hypogastrique, le traitement des tumeurs de la vessie, la chirurgie des reins. Si tous ces grands progrès ont pu se faire en dehors de l'action des grands laboratoires et des services spéciaux, il n'en est pas moins vrai que nous considérons que mieux nous nous outillons, mieux nous progressons.

Il y a plus, Messieurs ; le service des maladies des voies urinaires avait toujours été un service dépendant exclusivement de l'Assistance publique. Le jour où on a créé un service dépendant de la Faculté, on a fait sonner bien haut qu'on ne voulait pas dépouiller le corps chirurgical des hôpitaux. Voyez ce qui arrive aujourd'hui. On veut le mettre à la porte ; on veut accaparer Necker qui est l'*hôpital des urinaires*, comme Saint-Louis est l'hôpital des maladies de la peau : car nous le savons tous, le service des voies urinaires tire sa valeur et a toujours tiré sa valeur surtout du nom de l'hôpital (la plupart des malades ignorant le nom des chirurgiens qui les soignent), et j'ose le répéter, si le titulaire actuel de

(1) Voir *Progr. méd.*, p. 191, n° 6, 11 février 1893.

(1) Quand on créa à la Faculté la chaire d'ophtalmologie, le titulaire de cette chaire, qui dirigeait un service important de maladies des yeux à l'hôpital Lariboisière, abandonna ce service dépendant exclusivement de l'Assistance publique et qui est resté à un chirurgien dépendant aussi exclusivement de l'Assistance publique, pour aller inaugurer, à l'Hôtel-Dieu, un service d'oculistique dépendant de la Faculté.

la chaire des voies urinaires n'a pas cru devoir, quand il a été nommé, imiter la conduite de son collègue en ophtalmologie, c'est qu'il n'a pas cru qu'il suffisait de l'autorité de son nom et de sa renommée pour déplacer la clientèle et la transporter avec lui dans son nouveau service. Le nom de Necker lui était nécessaire, c'est pourquoi il a voulu y rester, et pourquoi il veut y rester seul.

Si vous vous laissez dépouiller, et c'est ici que je veux en venir, vous créez là un précédent fâcheux. Le jour où un homme, une corporation ou une administration jugera à propos de toucher à nos prérogatives, ne nous en prenons qu'à nous si on le jette par-dessus bord, s'autorisant du précédent que nous aurons créé en nous laissant supplanter à l'hôpital Necker, au grand préjudice des malades, des chirurgiens des hôpitaux et aussi du prestige de l'administration générale à l'Assistance publique et de ceux qui la représentent. » Dr X...

THÉRAPEUTIQUE

De la cure du diabète à la Bourboule (1);

par le Dr DANJOY, président de la Société d'hydrologie, Paris, 1889.

L'arsenic est encore considéré par Lécorché comme un antidiabétique complet. C'était l'opinion de Trousseau et Devergie, et les recherches de Quinquaud et Longeviolle ont confirmé cette manière de voir. Le docteur américain Austin Flint préconise un traitement dont la partie médicale consiste essentiellement dans l'usage interne du bromure d'arsenic (Compendium Bouchut, 1886). Enfin Martineau a constaté l'efficacité d'une solution de carbonate de lithine et d'arséniate de soude dans le diabète. Il a guéri 67 diabétiques sur 70 traités, en l'employant à l'exclusion de toute autre boisson. Ce même traitement a réussi également aux docteurs Créquy, Constantin Paul et Dujardin-Beaumetz (Soc. de thérapeut., mars 1887). L'influence de la lithine paraît donc établie. Celle de l'acide carbonique est incontestable pour Ebstein, qui le recommande aux diabétiques comme l'agent actif des eaux alcalines.

M. Danjoy passe ensuite l'examen des résultats chimiques du traitement thermal de la Bourboule :

Sécrétion urinaire : 127 fois M. Danjoy a pu obtenir la totalité des urines de 24 heures. Sur ce nombre, il a constaté 60 diminutions de volume, et 109 diminutions de densité, ou de perte en matériaux solubles.

Sur 188 cas, le sucre a diminué 117 fois *notablement* (c'est-à-dire de plus de 50 0/0), 58 fois *légèrement*; il est resté stationnaire 4 fois et a augmenté 9 fois. 63 dosages d'urée ont donné 36 diminutions. 5 états stationnaires et 22 augmentations. 28 cas ont fourni plus de 30 grammes d'urée par jour; il s'agissait d'azoturiques. Ces malades-là ont présenté un nombre de résultats favorables supérieur aux autres pour le sucre et pour l'urée. En effet, sur 27 cas le sucre a diminué de plus de 50 0/0, 25 fois; et légèrement, 2 fois; pas d'insuccès. Tandis que les 36 non azoturiques ont fourni 22 améliorations notables, 8 légères, et 5 insuccès (un polyurique).

De même chez les 27 azoturiques, l'urée a diminué 22 fois, est restée stationnaire 2 fois et a augmenté 3 fois, tandis que pour les 36 autres on compte 14 diminutions, 8 états stationnaires et 19 augmentations. A la Bourboule donc, comme à Vichy (Durand-Fardel), le traitement rapproche la proportion d'urée de la normale. Mais il faut noter en outre l'absence d'insuccès chez les azoturiques. D'autre part, l'urine se fonce, reprend son odeur normale; la soif, la sécheresse de la bouche, la polyurie, l'insomnie disparaissent; les forces et l'embonpoint reviennent. Les dents sont plus solides; la vue s'améliore.

Passant au traitement, M. Danjoy mentionne deux éléments comme ayant la plus grande part dans l'action modificatrice obtenue; ce sont *l'usage de l'eau en boisson* et la *durée de la cure*. Cette conclusion remarquable explique bien pourquoi l'eau Choussy transportée à une efficacité si réelle dans les hôpitaux ou à domicile. Durand-Fardel avait déjà écrit en 1883 : « Le traitement du diabète par les eaux minérales est surtout un traitement « interne. »

Tandis que le traitement balnéaire a beaucoup varié, l'eau Choussy a été donnée en boisson à tous les malades, à la dose de 2, 3, et même 4 verres par jour, dose très bien supportée en général par les diabétiques.

Le traitement a duré en moyenne de 20 à 25 jours; mais M. Danjoy déclare cette durée beaucoup trop courte. Le préjugé des 21 jours de cure est déplorable; malheureusement le malade en est imbu et a pris d'avance ses dispositions en conséquence, au grand détriment de la réussite complète du traitement. « C'est aux confrères de la ville, dit M. Danjoy, à réformer cet abus. »

Ils faciliteraient beaucoup la tâche du médecin des eaux en imposant un séjour d'un mois aux malades qu'ils envoient. L'examen des analyses faites le 1er, le 10e, et le 21e jour, montre que le plus souvent c'est seulement après le 10e jour que les progrès se manifestent définitivement; les dix jours qui restent sont insuffisants, soit à modifier le traitement avec fruit, si c'est reconnu nécessaire; soit en tout cas à obtenir l'effet complet qu'on devrait atteindre.

Comme c'est la règle pour les autres traitements thermaux, et comme Durand-Fardel l'a constaté à Vichy, les résultats immédiats du traitement de la Bourboule dans le diabète ont une durée limitée. L'amélioration obtenue ne subsistera pas tout entière au delà de cinq à six mois, à moins que le malade ne reprenne pendant l'hiver de l'eau en boisson, ce qui lui fera gagner quelques mois encore. La cure thermale est un palliatif, qui reconstitue en tout cas le malade, et remédie d'une façon durable aux complications si fréquentes du côté de la peau et des muqueuses. C'est aussi l'opinion formellement exprimée par Lécorché.

Conclusions :

Après avoir vu près de deux cents diabétiques, M. Danjoy arrive en 1889 aux mêmes conclusions qu'il formulait en 1877 pour les indications du traitement de la Bourboule dans le diabète.

La Bourboule réclame les diabétiques amaigris et atteints d'azoturie, sur lesquels Vichy n'a pas ou n'a plus d'action. Il faut y ajouter ceux dont la glycosurie peut être due à un fonctionnement insuffisant de la peau ou de la muqueuse bronchique; à ces malades la Bourboule rendra des services incontestables. De même encore que Lécorché, M. Danjoy éloigne les malades arrivés à une cachexie très prononcée, ou chez lesquels des complications graves, thoraciques, cérébrales ou cardiaques sont également une contre-indication à tout traitement thermal.

Dans ces conclusions, de M. le docteur Danjoy, la part de la Bourboule est assez belle. Qu'il nous soit permis d'ajouter cependant que des praticiens éminents, tels que M. le Pr Huchard, ont reconnu dans les eaux de la Bourboule, source Choussy, celles qui répondent le mieux à la plupart des indications dans le diabète.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 17, 1893.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie de guerre; par E. DELORME. — Tome II et dernier, 1893. — F. Alcan, éditeur, Paris.

Le second volume du Traité de Chirurgie de guerre de M. Delorme comprend les lésions des os par les armes de guerre et l'étude des blessures des régions. Les principales qui ont été décrites sont celles de la main, du poignet, de l'avant-bras, du coude, du bras et de l'épaule pour le membre supérieur : ce qui constitue autant de chapitres distincts. Même division pour le membre inférieur. Après viennent les blessures de la tête, de la face, du cou, du thorax et enfin de l'abdomen, partie extrêmement intéressante et fort soignée. Après un chapitre consacré aux blessures de la colonne vertébrale, M. Delorme a terminé son volume par quelques pages sur les effets de la poudre, des explosifs, des balles à feu et étoupilles, et les accidents de la guerre des mines. L'ouvrage

est clos par un très utile résumé d'ordre administratif, expliquant dans ses grandes lignes l'organisation du service de santé en campagne.

Cette dernière partie du volume doit être connue de tous les médecins qui peuvent d'un jour à l'autre être appelés sous les drapeaux et qui, pour une raison ou pour une autre, n'ont pas été spécialement éduqués pendant la durée de leur service militaire dans l'armée active, la réserve ou la territoriale. Ils trouveront là tout ce qu'ils doivent savoir sur le service de l'avant et le service régimentaire, des renseignements circonstanciés sur le service de l'arrière, les hôpitaux de campagne, les différents modes de transports, voire même ce qui a trait aux diverses Sociétés privées de Secours aux Blessés.

En somme ce traité est destiné à devenir classique au Val-de-Grâce; la lecture en est facilitée par près de 400 figures, presque toutes dessinées par l'auteur. C'est un livre que doit avoir dans sa bibliothèque tout chirurgien de profession. M. B.

VARIA

Le Choléra dans l'Ouest.

Le Choléra dans le Finistère.

Les journaux du Finistère nous apportent des nouvelles assez inquiétantes de l'état sanitaire à Quimper. Le choléra, qui s'était d'abord montré à Lorient, a reparu aussi, depuis quelque temps, à Quimper. Le premier cas a été signalé à l'hôpital Saint-Athanase, et l'on avait espéré quelque temps le maintenir confiné dans l'enceinte de l'établissement. Mais il a fait irruption en ville. Il n'est pas impossible que l'emplacement de l'hôpital, au sommet d'une colline dont les eaux s'écoulent dans la vallée même où est Quimper, n'ait contribué à la contagion. Quoi qu'il en soit, la situation n'est pas sans gravité. Dans les journées de dimanche, lundi et mardi derniers, on a compté de huit à dix cas mortels, dont plusieurs foudroyants. L'administration et le corps médical de Quimper déploient le plus grand zèle pour combattre le fléau : de toutes parts des précautions sont prises et même les wagons des voyageurs sont désinfectés et lavés avec des solutions de sublimé. Les mesures sanitaires sont dirigées par le Dr Calmette, médecin principal d'armée, dont les études bactériologiques sont bien connues et qui a fait paraître sur la dernière épidémie de typhus à l'île Tudy un rapport fort remarqué dans le monde médical.

Le Choléra en Vendée.

Le choléra est-il aux Sables-d'Olonne? Telle est la question qu'on se pose, en Vendée, depuis plusieurs jours. Nous avons pris personnellement des renseignements près de personnes bien au courant de la situation. Or, le choléra existerait bien aux Sables-d'Olonne, non pas le choléra indien, mais la diarrhée cholériforme, au dire des autorités (?). Il y a une dizaine de jours que le premier cas a été signalé sur un marin logé dans le quartier Bout-de-Ville. Depuis lors, on compte une douzaine de cas, dont sept décès.

Aussitôt que l'administration a été informée les mesures les plus rigoureuses ont été immédiatement prises, et la municipalité des Sables s'est engagée à suivre de tous points les recommandations de l'administration. Le préfet a aussitôt donné des ordres pour que l'étuve à désinfection, qui fonctionnait à Saint-Hilaire-de-Loulay, soit expédiée, par voie ferrée, aux Sables-d'Olonne. L'Administration, de son côté, a envoyé aux Sables M. Bocquet, interne des hôpitaux de Paris. M. Bocquet a déjà visité la Bretagne ; il visitera les Sables et l'Ile-Yeu, pour se rendre compte de la situation. Selon M. Bocquet, la nature de la maladie n'a pas de quoi affoler la population.

Le service militaire des étudiants en médecine.

Nous lisons dans le *Progrès militaire* (1) les réflexions suivantes sur le rapport adressé au Ministre de la Guerre par l'*Association de la Presse médicale* :

« Il est certain que l'interruption pendant un an des études médicales cause un préjudice réel aux jeunes médecins. Aussi, estimons-nous qu'ils ne devraient être appelés sous les drapeaux qu'une fois docteurs, ou tout au moins après le plus d'inscriptions possibles. Les Allemands entretiennent plus de 2.000 médecins militaires. Avec le service si lourd de l'Algérie, nous n'avons pas disponibles à l'intérieur 1.200 médecins militaires. Il est de toute nécessité pour le corps de santé de l'armée, de se renforcer dès le temps de paix par l'utilisation de l'armée militaire imposée aux jeunes médecins civils. Cette année de service, il n'est nullement besoin qu'elle soit passée à manier le fusil ou à tirer le canon. Nous estimons qu'après une courte initiation de deux mois, donnée à l'hôpital militaire régional, les jeunes médecins civils pourraient être nommés sous-aides-majors de réserve et admis à vivre avec les officiers. En procédant dans ces conditions, le service de santé serait plus complètement assuré qu'il ne l'est dans les hôpitaux de l'intérieur où l'on manque d'aides-majors. Pour le temps de guerre, nous aurions bientôt un corps de médecins de réserve tout à fait préparé à leur rôle, alors qu'aujourd'hui il se compose uniquement de praticiens dont les titres scientifiques ne suffiraient à remplacer l'expérience que donne la vie régimentaire. »

(1) 15 mars 1893.

Les étudiants en médecine et en pharmacie et la loi militaire.

M. le Pr Cornil, sénateur, avait déposé sur le bureau du Sénat une proposition de loi tendant à modifier l'article 23 de la loi militaire. Voici d'ailleurs le texte de la proposition de loi :

Article premier. — Les modifications suivantes sont apportées à la loi du 15 juillet 1889 : Les dispositions de l'article 23 relatives aux étudiants aspirant au diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe, ou pourvus du titre d'interne des hôpitaux nommés aux concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine, sont remplacées par les suivantes :

Art. 23 *bis*. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe peuvent, sur leur demande, être mis en sursis d'appel jusqu'à l'obtention de leur diplôme, ou de leur nomination comme interne titulaire des hôpitaux nommés au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine, une Faculté mixte ou une Ecole supérieure de pharmacie. Avant l'âge de 27 ans, et dans le mois qui suivra leur réception ou leur nomination, les docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe ou internes des hôpitaux, seront appelés sous les drapeaux et renvoyés dans leurs foyers après un an de présence; ils pourront alors être nommés médecins ou pharmaciens aides-majors de réserve, s'ils ont satisfait aux conditions de conduite et d'instruction déterminées par le ministre de la guerre. En cas de mobilisation, les étudiants en médecine et en pharmacie sont versés dans le service de santé. L'article 24, sauf en ce qui concerne la limite d'âge pour l'obtention des diplômes et les articles 25, 26, 27, 33, 44 et 45, mais non les dispositions de l'article 59, modifié par la loi du 11 juillet 1892, sont applicables aux jeunes gens visés par le présent article.

Art. 2. — Toutes les dispositions contraires à la présente loi sont et demeurent abrogées.

Or, hier, la Commission de l'armée au Sénat s'est occupée de la proposition de loi de M. Cornil, qui demande que les étudiants en médecine soient autorisés à faire leur service militaire après leurs études.

L'exercice de la médecine thermale au point de vue de la déontologie médicale.

Nous recevons de notre aimable confrère du *Bulletin médical*, M. le Dr J. Janicot, une très intéressante brochure sur l'exercice de la médecine thermale au point de vue de la déontologie médicale (1). Il s'agit d'un rapport adressé à l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine, le 20 mars dernier. Nous l'avons parcouru avec soin et pu remarquer la justesse des réflexions de l'auteur. Comme l'a dit le Président du syndicat, il faut remercier M. Janicot de son consciencieux travail, qui constitue un véritable code de déontologie à l'usage de nos confrères des stations thermales. Il est d'ailleurs écrit par un journaliste de profession : c'est vanter, n'est-il pas vrai, le charme de sa lecture. M. B.

Faculté de Médecine et de pharmacie de Bordeaux.

État nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine pendant les mois de février et mars. Année scolaire 1892-93.

M. Defaut. *Destruction des fongosités articulaires par les injections interstitielles d'éther iodoformé et cocaïné associées à l'ignipuncture.* — M. Greciet. *Contribution à l'étude de la sécrétion sébacée.* — M. Julien. *Etude sur l'hygiène de la ville d'Alger.* — M. Penel. *Le lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale.* — M. Baleste-Marichon. *Contribution à l'étude des causes de la cécité.* — M. Gaudemard. *Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses chirurgicales par le naptol camphré.* — M. Tornu. *Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée.* — M. Durant. *Etudes sur les fibromes lipomes et fibro-lipomes de la main et des doigts.* — M. Apda. *Contribution à l'étude des paralysies localisées chez les urémiques.*

(1) O. Doin, éditeur, Paris.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 8. — Médecine opératoire : MM. Tillaux, Poirier, Sébileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Terrier, Delbet, Retterer. — (2e *série*) : MM. Farabeuf, Ricard, Lejars. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Potain, Chauffard, Gaucher. — 4e *de Doctorat* : MM. Straus, Dejerine, Letulle.

MARDI 9. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Nélaton, Quénu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Le Fort, Schwartz, Gley. — (2e *série*) : MM. Panas, Rémy, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Le Dentu, Bar, Albarran. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Ballet, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Duplay, Guyon, Brun. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Dieulafoy, Roger.

MERCREDI 10. — Dissection : MM. Farabeuf, Marchand, Tuffier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Reynier, Poirier, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Delbet, Varnier. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Marie, Letulle.

VENDREDI 12. — Dissection : MM. Marchand, Sébileau, Retterer. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Farabeuf, Dejerine, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Tillaux, Ricard, Lejars. — (2e *série*) : MM. Terrier, Jalaguier, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Potain, Brissaud, Marie. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Reynier, Varnier.

SAMEDI 13. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Remy, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Bouchard, Quénu, Gley. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Schwartz, Brun. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Charrin, Roger. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 10. — M. Castou. Du foie infectieux. — M. Decornet. Histoire de la fièvre typhoïde à Chaumont (Haute-Marne). — Mme Nageotte, née Wilbouchewitz. Traitement antiseptique des brûlures. — M. Le Guern. — Contribution à l'étude de l'appendicite par corps étrangers.

SAMEDI 13. — M. Lefèvre. Étude sur l'emploi de l'hydrastis canadensis. — M. de Saint-Germain. Contribution à l'étude de la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu. (Étude clinique expérimentale). — M. Bezou. Étude sur les kystes hydatiques du poumon. — M. Belohous. Nature et traitement des ulcères de la cornée à hypopion. — M. Lalourcade. De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines. — M. Renaud. Étude des réflexes dans la paralysie générale, et recherches statistiques sur l'étiologie de cette affection. — M. Duchateau. Essai de Pathogénie de la chorée de Sydenham.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, ancien chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la Charité a recommencé son cours pratique de technique microscopique et de manipulations le jeudi 27 avril, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux mêmes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit 17, rue du Louvre, de midi et demi à une heure et demie.

Maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles. — M. le Dr CASTEX a repris son cours à sa Clinique, 52, rue Jacob, le mardi 2 mai, à 3 heures ; il le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure. Examen des malades et opérations à partir de 3 h. 1/2. On s'inscrit, 52, rue Jacob, les mêmes jours, de 3 h. à 5 h.

Clinique des enfants et orthopédie. — M. le Dr BILHAUT commencera, le lundi 8 mai, ses leçons sur la chirurgie des enfants et l'orthopédie, à l'Hôpital international, 9 et 11, rue de la Santé, et les continuera, les vendredis et lundis suivants, à 4 heures.

Ophtalmologie. — MM. les Drs ROCHON-DUVIGNEAUD et TERSON ont recommencé, le vendredi 7 avril, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, un *cours pratique d'ophtalmologie* qui comprendra : 1° *Ophtalmologie et réfraction* (avec malades) ; 2° *Anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes* avec démonstration de pièces anatomologiques, technique, histologique et bactériologique spéciales). 3° *Médecine opératoire* (avec exercices). Les cours ont lieu tous les jours à la même heure et dureront 6 semaines. S'inscrire d'avance à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, tous les matins.

Gynécologie. — M. le Dr Ch. FOURNEL a commencé le lundi 17 avril 1893, à sa clinique particulière, rue Sainte-Anne, 65, un cours gratuit de gynécologie opératoire. Les élèves assistent et participent aux opérations. S'inscrire à la clinique de 1 à 2 heures.

FORMULES

XXIII. — Traitement de la pelade.

XXIII. — Épilation. Badigeonnages le soir avec la teinture d'iode et essence de cannelle. Dans la journée, frictions excitantes. Par exemple :

Chlorydrate d'ammoniaque.	5	grammes.
Essence de romarin.	10	—
Essence de néroli.	1	—
Essence de térébenthine.	50	—
Alcoolat de Fioraventi.	50	—

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 23 avril 1893 au samedi 29 avril 1893, les naissances ont été au nombre de 1251 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 446 ; illégitimes, 179, Total, 625 — *Sexe féminin* : légitimes, 446 ; illégitimes, 170, Total, 626.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,225,910 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 avril 1893 au samedi 29 avril 1893, les décès ont été au nombre de 1355 savoir : 697 hommes et 658 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 8, T. 12. — Typhus : M. 7, F. 1, T. 8. — Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 13, F. 6, T. 19. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 8, F. 8, T. 16. — Diphtérie, Croup : M. 14, F. 8, T. 22. — Grippe : M. 26, F. 36, T. 62. — Phtisie pulmonaire : M. 126, F. 98, T. 224. — Méningites tuberculoses : M. 12, F. 10. T. 22. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 10, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 5, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 25, T. 43. — Méningite simple : M. 21, F. 8, T. 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 25, F. 23, T. 48. — Paralysie, M. 7, F. 6, T. 13. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 3, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 38, F. 41, T. 79. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 24, T. 38. — Bronchite chronique. M. 22, F. 28, T. 50. — Broncho-Pneumonie. M. 45, F. 46, T. 91. — Pneumonie : M. 70, F. 81, T. 151. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 39, F. 34, T. 73. — Gastro-entérite, biberon. M. 20, F. 20, T. 40. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 3, T. 9. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 13, F. 12, T. 25. — Sénilité : M. 18, F. 22, T. 40. — Suicides : M. 18, F. 6, T. 24. — Autres morts violentes : M. 4, F. 5, T. 9. — Autres causes de mort : M. 80, F. 64, T. 144. — Causes restées inconnues : M. 10, F. 8, T. 18.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 14. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 13, illégitimes, 10. Total : 23.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DÉJERINE, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, du 16 avril au 30 octobre 1893, d'un cours de clinique médicale à la dite Faculté. Un congé, du 16 avril au 30 octobre 1893, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Peter, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. FOLET, ancien doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé doyen honoraire de la dite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — La chaire d'anatomie descriptive de la Faculté de Médecine de Nancy est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

M. PILLON (Lucien-Édouard-Aurélien), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-93, chef des travaux du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Breul, démissionnaire.

En exécution de l'arrêté ministériel du 15 mai 1885, un Concours pour une place de *chef de clinique ophtalmologique* s'ouvrira à la Faculté de Médecine de Nancy le lundi 29 mai 1893, à 8 heures du matin. La durée des fonctions est de *trois années* et le traitement annuel est de 1,000 francs. Sont admis à concourir les docteurs en médecine français non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, *à la condition d'être docteurs dans les six mois*. La place de chef de clinique est incompatible avec celle de chef des travaux de préparateur et d'aide dans les différents laboratoires.

Les épreuves sont au nombre de trois : 1° Une question écrite sur un sujet de pathologie oculaire avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent. Cinq heures sont accordées pour la rédaction de cette composition. 2° Une leçon clinique d'une durée d'une demi-heure au plus, sur deux malades appartenant à la spécialité, après un examen de quinze minutes pour chacun des malades. 3° Une épreuve pratique déterminée par le jury, de médecine opératoire spéciale, avec démonstration ou application d'instruments et une épreuve d'anatomie physiologique ou pathologique spéciale. La durée de cette épreuve sera fixée par le jury. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de Médecine avant le vendredi 26 mai, à 4 heures. Ils auront à produire leur acte de naissance, leur diplôme de docteur ou un certificat constatant qu'ils ont subi la deuxième partie du cinquième doctorat.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — M. Nodot, préparateur de physique à la Faculté des sciences de Dijon, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. — M. REY, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Dijon, en remplacement de M. Nodot, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Un congé d'un an, sans traitement, est accordé, sur sa demande, et à partir du 1er mai 1893, à M. Vieusse, chargé des fonctions d'agrégé de chirurgie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. — M. DAUNIC (Joseph-Henri-Paul), docteur en médecine, est institué, pour une période de 3 ans, chef des travaux d'anatomie pathologique et histologie (laboratoire des cliniques) à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, en remplacement de M. Morel, appelé à d'autres fonctions.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. BERTRAND (Léon-Louis-Théophile), agrégé des sciences naturelles, est délégué, jusqu'au 1er décembre 1893, dans les fonctions de préparateur près la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques au Collège de France, en remplacement de M. Lacroix, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. SCHIEFFER (François-Eugène), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, pour un an, aide d'anatomie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. PIQUET (Louis-Henri-Auguste), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est délégué, pour un an, dans les fonctions d'aide d'anatomie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, en remplacement de M. Hoffner, dont les fonctions sont expirées.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. ANTHÉAUME (André-Louis-Alphonse), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé chef des laboratoires de physiologie, d'histologie et de bactériologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens (emploi vacant).

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — Un congé pour l'année scolaire 1892-1893 est accordé, sur sa demande, à M. Blatin, professeur de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. — M. POJOLAT, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est chargé, en outre, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de physiologie à la dite Ecole.

ECOLE SUPÉRIEURE DES SCIENCES ET DES LETTRES DE ROUEN. — M. ALBERT, préparateur de physique à l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Un concours s'ouvrira le 7 novembre 1893 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira le 7 novembre 1893 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira le 27 novembre 1893 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

ECOLE DES BEAUX-ARTS DE LYON. — Par arrêté ministériel en date du 20 mars 1893, M. le Dr Jean GROS, ancien interne des hôpitaux, est nommé professeur d'anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts de Lyon, en remplacement de M. le professeur Léon Tripier, décédé.

CONSEIL ACADÉMIQUE DE POITIERS. — A la suite du scrutin qui a eu lieu le jeudi 13 avril 1893, pour l'élection d'un délégué des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie au conseil académique de Poitiers, en remplacement de M. Barinsby, membre de droit, M. de La Garde, professeur d'hygiène et thérapeutique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du conseil académique de Poitiers.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le Dr DELVAILLE est chargé d'une mission en Belgique et en Hollande à l'effet d'y poursuivre l'étude des questions relatives à l'hygiène scolaire. — M. Ernest CHANTRE, sous-directeur du Muséum des sciences naturelles de Lyon, est chargé d'une mission en Asie-Mineure. Il explorera les régions de la Cappadoce et du Taurus, à l'est, au point de vue de l'archéologie, de l'anthropologie et de l'histoire naturelle, et il étudiera spécialement les antiquités héteennes.

MM. Georges GUÉROULT, Auguste BOUCHARD et Albert ARDAENS, chimistes, viennent d'être chargés, par le ministre de l'instruction publique, d'une mission scientifique au Guatemala. Anciens élèves du Muséum d'histoire naturelle de Paris, ils se proposent de réunir des collections destinées aux musées de l'Etat et d'étudier le Guatemala au point de vue de l'histoire naturelle et de l'ethnologie.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Herborisations.* — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 7 mai 1893, à Montfermeil. Rendez-vous à la gare de l'Est, à 11 h. 40, pour le train partant de Paris à 12 h. 5 pour la station de Gagny.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau central en médecine.* — Le jury du prochain concours de médecine du Bureau central est provisoirement constitué de la manière suivante : MM. Debove, Dujardin-Beaumetz, Landouzy, Potain, Chantemesse, Moizard et Després. — Les candidats admis à subir la troisième épreuve du concours actuel de médecine du Bureau central sont : MM. Gilles de la Tourette, Béclère, Giraudeau, Duplaix, Girode, Lebreton, Ménétrier, Thoinot, Widal et Lesage.

LES HÔPITAUX D'ENFANTS A PARIS. — M. le Dr Variot, médecin des hôpitaux, a fait récemment, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, devant les membres de la Société de l'allaitement maternel, une conférence sur les maladies contagieuses de l'enfance. Au cours de cette conférence, M. Variot s'est plaint vivement des conditions défectueuses dans lesquelles se trouvent actuellement l'hôpital Trousseau et l'hôpital Saint-Antoine. Appelé à donner des soins dans ces hôpitaux lors de la dernière épidémie cholérique, le docteur a déclaré qu'il avait pu constater par lui-même que « le nombre des enfants qui mouraient des maladies contractées dans ces établissements s'élève à 33 0/0. »

HÔPITAUX DE REIMS. — MM. les Drs LELIÈVRE et GUILLAUME ont été nommés, après concours, médecins suppléants des hôpitaux de Reims.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Par décret, le trésorier de l'Association française pour l'avancement des sciences est autorisé à accepter, au nom de la dite Association, le legs que lui a fait le sieur Lompech d'une somme de 5.000 fr.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'hygiène sociale.* — Professeur : M. le Dr A.-J. Martin. — La conférence pratique du dimanche 7 mai 1893 aura lieu au Refuge municipal de nuit, rue du Château-des-Rentiers, 71, à 9 h. 1/2 très précises du matin.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE. — *Legs Fauvelle.* — Par décret, le président du comité central de la Société d'Anthropologie de Paris est autorisé à accepter, au nom de la dite Société, le legs que lui a fait le Dr Louis-Jules Fauvelle, d'une rente annuelle de 667 fr. en rentes 3 0/0 sur l'État français, pour constituer, tous les trois ans, un prix de 2.000 fr. à titre de récompense ou d'encouragement à tout travail inédit, comme ouvrage spécial, sur la structure du système nerveux ou l'étude des manifestations de la force connue sous le nom d'influx nerveux. Ces travaux devront concourir au but que s'était proposé le Dr Fauvelle dans ses diverses communications à la dite Société.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin inspecteur VALIN, qui commandait à l'Ecole de service de santé militaire de Lyon, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, en remplacement de M. le médecin inspecteur Baudouin, passé au cadre de réserve. — M. le médecin principal

Kelsch, qui remplissait les fonctions de sous-directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires et de médecin-chef au Val-de-Grâce, passe, comme directeur, à l'École du service de santé militaire de Lyon.

L'Assistance médicale gratuite au Sénat. — On sait que la commission des finances du Sénat a été appelée à donner son avis sur le projet relatif à l'assistance médicale gratuite. M. Édouard Millaud, au nom de celle-ci, a annoncé qu'elle avait commencé cet examen. Elle a posé un certain nombre de questions au ministre des finances : celui-ci a demandé, pour répondre, un court délai. M. Millaud estime que la discussion commencera plus utilement lorsque la commission des finances pourra apporter des renseignements précis et un avis dûment motivé. Le projet est momentanément retiré de l'ordre du jour.

Le Typhus près Rouen. — On a écrit ces jours derniers de Rouen que plusieurs cas de typhus s'étaient déclarés à Gonfreville-l'Orcher, dans la cité Robert. Un cas aurait été suivi de mort; deux personnes auraient été gravement malades et des mesures énergiques auraient été prises. Or, le préfet de la Seine-Inférieure a envoyé la dépêche suivante au directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur : « Le Dr Gilbert fait savoir qu'il n'y a eu aucun cas de typhus à Gonfreville-l'Orcher. Le médecin local avait fait erreur dans son diagnostic. Il y a eu un décès de fièvre typhoïde et quelques décès de fièvre muqueuse ! »

L'Influenza a Paris en 1743. — Dans un de nos derniers numéros, nous avons signalé le cas singulier d'une Cour d'assises qui a failli chômer pour cause d'influenza et, à ce propos, avons cité une lettre de M. Ph. Target rappelant un cas analogue datant de 1774. Or, on trouve dans le Journal de Barbier (mars 1743) : « Il règne cet hiver une maladie générale, dans le royaume, qu'on appelle grippe, qui commence par un rhume et mal de tête, ce qui provient des brouillards et d'un mauvais air. Depuis quinze jours et même un mois, il n'y a point de maison dans Paris où il n'y ait eu des malades ; on saigne et l'on boit beaucoup, d'autant que cela est ordinairement accompagné de fièvre. On en guérit généralement après quelques jours, et les gens âgés sont plus exposés que les autres. On fait prendre beaucoup de lavements. *Le Parlement de Dijon et un autre ont vaqué par le nombre des malades.* » Donc, tout recommence, sauf le traitement.

Choléra en Perse. — Le gouvernement persan vient de donner des ordres, sur la demande de la Russie, pour que toutes les mesures prophylactiques propres à empêcher l'invasion du choléra soient prises dans le Khorassan. Les mêmes mesures seront appliquées dans le Kurdistan où l'épidémie de l'année dernière a fait de terribles ravages.

La rage a l'institut Pasteur. — Il résulte des statistiques que, pendant le mois de mars 1893, 141 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre: 9 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement. 78 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire. 54 ont été mordues par des animaux suspects de la rage. Les morsures provenaient 138 fois des chiens et 3 fois des chats.

Nécrologie. — M. le Dr Hosteing, de Pauillac (Gironde), reçu en 1877. — M. le Dr Mouronval, d'Avesnes (Nord). — M. le Dr Morlot, de Dijon, reçu en 1885. — M. le Dr Humbert (Agricole), d'Aix-les-Bains reçu en 1856. — M. le Dr Croisier (de Reims). — M. le Dr H. Kundrat, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le Dr W. Roe, professeur d'obstétrique (Dublin). — M. le Dr Rawdon Macnamara, professeur de matière médicale au Royal College of Surgeons de Dublin. — M. le Dr Luis Roa Veldrof, professeur des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Valladolid. — M. le Dr Al. Koslow, professeur émérite d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Kazan. — M. le Dr Auguste Koehler, chef de clinique à la Faculté de Nancy, décédé dans sa vingt-sixième année après quelques jours de maladies, succombant aux complications de l'épidémie grippale qui sévit assez fortement dans cette région. — M. le Dr Levasseur (Paul), médecin chef-honoraire de l'Hôtel-Dieu de Rouen, ancien chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure, décédé le 5 avril à l'âge de 62 ans. — M. le Dr Desrivières, de Caumont (Calvados). — M. le Dr Benoist, de Dié (Drôme), reçu en 1843. — M. le Dr Brun, de Châtillon-sur-Indre (Indre), reçu en 1843. — M. le Dr Jablonski (J.), de Ligugé (Vienne). — M. le Dr Debauge (V.), de Saint-Genis (Savoie). — M. le Dr Courregelongue, de Bazas, reçu en 1857. — M. le Gras, de Landerneau (Finistère), reçu en 1867. — M. Théodore Aretaios, professeur à l'université d'Athènes et le plus célèbre chirurgien de la Grèce, vient de mourir, à l'âge de soixante-quatre ans. M. Aretaios, qui avait fait ses études à Paris, à Berlin et à Vienne, était membre de plusieurs corps savants de l'Europe. Par son testament, il a légué un million de francs pour la fondation d'un hôpital de chirurgie. — M. le Dr Nogier (d'Amavive). — M. le Dr Normand (de Thourotte). — A Vienne vient de mourir M. le Dr Jean Schnitzler, âgé de cinquante-sept ans, qui a succombé après une maladie de quelques jours. M. Schnitzler était un des fondateurs et le directeur de la policlinique de Vienne. — M. le Dr Vedrine, adjoint au maire de Versailles, chevalier de la Légion d'honneur, est mort cette semaine. M. Vedrine, qui était tombé sans connaissance dans la rue Saint-Pierre, a été transporté à son domicile dans la même rue, où il est mort une heure après.

Vendée. — Poste médical vacant, excellent avec la pharmacie. — S'adresser au journal.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS — IMP. V. GOUPY, RUE DE RENNES, 71

BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE & FILS
19, rue Hautefeuille, Paris

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles pour 1893, par **H. Bocquillon-Limousin**, pharmacien de 1[re] classe, introduction par le **Dr Huchard**, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 324 p., cartonné, 3 fr.

C'est le formulaire le plus complet, le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

Parmi les 500 articles importants qu'il renferme, nous citerons : l'*antipyrine*, les *antiseptiques*, les *aseptiques*, la *caféine*, la *cocaïne*, l'*exalgine*, l'*ichtyol*, les *injections d'huile*, le *menthol*, la *naphtaline*, la *phénacétine*, la *pilocarpine*, la *saccharine*, la *salipyrine*, le *salol*, la *spermine*, le *strophanthus*, le *sulfonal*.

L'édition de 1893 contient un grand nombre d'articles nouveaux, parmi lesquels nous signalerons les suivants : *Analgène. Asaprol, Benzo-naphtol, Bromamide, Camphroïd, Diphtèrine, Epidermine, Epithèmes, Exodine, Formol, Iodo-naphtol, Pental, Salicylamide, Salicylate de chaux. Salophène, Solutol, Solvéol, Spermine* ou *Piperazidine, Sulfothiophénate de soude, Thilanine, Thiophène, Thymacétine, Transfusion nerveuse*, etc., qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même des plus recents.

Le *Formulaire des médicaments nouveaux* de Bocquillon-Limousin est donc le complément indispensable des Formulaires officinaux et magistraux précédemment parus, et notamment du *Formulaire* de Jeannel, qui reste toujours le plus complet de tous.

Les substances alimentaires étudiées au microscope surtout au point de vue de leurs altérations et de leurs falsifications, par **E. Macé**, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, 1 vol. in-8. 500 p., 402 fig et 24 pl. color. dont 8 reproduites d'après les *études sur le vin* de **L. Pasteur**, 14 fr.

Nous ne saurions mieux rendre l'impression que nous a laissée la lecture de cet ouvrage qu'en le louant tant au point de vue scientifique proprement dit qu'au point de vue de l'hygiène appliquée, comme *vademecum* obligé de tout curieux s'intéressant à la question des falsifications alimentaires. On sait, d'ailleurs, quelle importance a prise aujourd'hui l'industrie des falsifications, contre laquelle il est du devoir de tout bon citoyen de lutter, car ce sont surtout les pauvres et les faibles qui en sont les premières et les nombreuses victimes.

De bons ouvrages comme celui de M. Macé sont les armes devenues indispensables, et qui, nous l'espérons, seront suffisantes pour réduire la science et l'audace toujours croissantes des inventeurs de falsifications, cette nouvelle forme du vol tout à fait *fin de siècle*.

Revue scientifique.

Guide pratique pour l'analyse des urines, procédés de dosage des éléments de l'urine, tables d'analyse, recherches des médicaments éliminés par l'urine, par **Gustave Mercier**, pharmacien de 1[re] classe, 1 vol. in-18 jésus, 192 p., 36 fig., 4 pl. en couleurs, cart., 4 fr.

M. Mercier étudie successivement l'urine au point de vue de ses caractères généraux, de ses éléments normaux et de ses éléments pathologiques, de son examen microscopique et des principes acidulés qui peuvent s'y rencontrer.

Il consacre un paragraphe spécial à l'action de l'article azotique sur l'urine.

L'auteur a dressé pour le sucre (liqueur de Fehling et saccharimetre), de même que pour l'urée, des tables très complètes, permettant de supprimer tout calcul, par suite toute erreur.

Manipulations de botanique médicale et pharmaceutique, iconographie histologique des plantes médicinales, par MM. **Joseph Hérail**, docteur ès-sciences, professeur à l'École de médecine d'Alger, et **Valère Bonnet**. Préface par M. le professeur **G. Planchon**, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 320 pages, avec 36 pl. coloriées et 223 figures, cartonné, 20 fr.

Sous le titre de *Manipulations de Botanique médicale et pharmaceutique*, M. Hérail vient de publier, en collaboration avec M. Bonnet, pour la partie iconographique, un excellent ouvrage que l'on peut recommander chaleureusement à tous ceux qui, de près ou de loin, s'occupent de questions touchant à la matière médicale. C'est une étude succincte et très claire de la structure histologique des plantes médicinales ; il n'y faut pas chercher des théories ou des phrases creuses ; l'auteur expose des faits et il appuie ses descriptions de nombreuses et belles figures exécutées par M. Bonnet et dispersées dans le texte ou réunies en planches accompagnées de brèves explications. Dans les planches, la teinte des principaux tissus est représentée telle qu'elle se présente au microscope. La légèreté des tons colorés produit le plus heureux effet et donne une grande valeur à l'ensemble de l'ouvrage qui revêt une allure artistique que l'on n'a point coutume de rencontrer dans les publications scientifiques.

Une première partie est consacrée à l'histologie générale. Quelques documents essentiels sur la technique microscopique sont suivis de l'étude de la cellule, puis successivement de celle des tissus et des organes. La seconde partie comprend la description histologique des parties des plantes usitées en médecine. Pour chacune d'elles, il est traité en quelques lignes de l'origine botanique, de la description extérieure, de l'histologie, des substitutions et des usages.

M. Hérail a dirigé brillamment pendant plusieurs années les travaux pratiques de micrographie de l'École supérieure de pharmacie de Paris. On peut juger, d'après le bel ouvrage qui résume en quelque sorte l'enseignement donné, de la valeur de cet enseignement et du mérite de celui qui était appelé à ces fonctions difficiles.

Dr H. Beauregard, *Revue générale des sciences.*

Manipulations de physiologie, guide de l'étudiant au laboratoire, pour les travaux pratiques et les démonstrations de physiologie, par **Léon Fredericq**, professeur de physiologie à l'Université de Liège, 1 vol. gr. in-18 de 300 p., avec 200 figures, cartonné, 10 francs.

Je viens de lire avec intérêt l'excellent livre de M. Léon Fredericq, et le meilleur éloge que j'en puisse faire, c'est que cette lecture m'a laissé le regret de ne pas avoir eu cet ouvrage à ma disposition lorsque j'ai commencé à étudier la physiologie. Cela m'aurait évité des pertes de temps que nécessitent les recherches faites pour trouver dans les nombreux ouvrages où elles sont disséminées, les méthodes d'investigation physiologique. On trouve, en effet, réunies dans ce guide, les descriptions précises sur les procédés employés en physiologie.

A mon avis, ce livre rendra des services non seulement aux élèves, mais aussi aux physiologistes eux-mêmes, qui y trouveront des renseignements sur des méthodes qu'ils n'ont pas encore eu l'occasion de mettre en pratique.

Dr L. Butte. *Annales de la Policlinique*, juin 1892.

Ce livre est intitulé en sous-titre : Guide de l'étudiant au laboratoire pour les travaux pratiques et les démonstrations de physiologie, et il justifie entièrement son programme.

Le programme des travaux pratiques de physiologie, exposé par Fredericq, qui a été chargé d'organiser cet enseignement à l'Université de Liège, nous paraît à la fois très pratique et très sensé.

La première partie est consacrée aux manipulations de la chimie physiologique. Tout y est traité au point de vue pratique et manuel, depuis la façon de faire un filtre jusqu'à celle d'examiner quels sont les phénomènes chimiques de la respiration et de la circulation pulmonaire.

La seconde partie comporte le programme d'une série d'expériences physiologiques portant sur les principales fonctions et dont les unes sont destinées à être exécutées par l'élève, tandis que les autres sont des expériences de démonstration faites par le professeur ou ses aides devant les élèves. On sera frappé de la multiplicité des expériences proposées et du soin extrême d'économiser les sujets, en sorte que le programme de Fredericq semble avoir été de faire voir, sur un animal en expérience, tout ce qu'il y a à voir et, par conséquent, d'apprendre aux élèves à regarder.

Cette série d'exercices pratiques pour les étudiants et d'expériences pouvant intéresser ceux qui désirent pousser plus loin l'étude de la physiologie est donc bien organisée pour rendre les travaux pratiques intéressants et utiles à l'élève et pour faire, en même temps, du laboratoire un centre actif de recherches.

(Progrès Médical, 9 juillet 1892).

Précis d'analyse microbiologique des eaux suivi de la description et de la diagnose des espèces bactériennes des eaux, par le **Dr Gabriel Roux**, directeur du Bureau municipal d'hygiène de la ville de Lyon 1 vol. in-18 jésus de 404 pages, avec 73 fig. cartonné, 5 fr.

Les relations de l'eau avec les maladies infectieuses et, par suite, avec l'hygiène publique et privée sont aujourd'hui bien établies. L'analyse microbiologique est le complément indispensable de toute analyse chimique d'une eau destinée à l'alimentation, soit qu'on désire simplement savoir si ce liquide est suffisamment pur et bien filtré, soit qu'on veuille, au cours d'une épidémie, se rendre compte du rôle étiologique qui doit lui être attribué.

De toutes parts, on cherche des moyens de déceler avec certitude la présence dans les eaux potables des microbes pathogènes qui sont, sans contredit, ceux qui nous intéressent le plus vivement.

C'est par milliers que se comptent aujourd'hui ces sortes d'analyses, et tout bactériologue peut continuellement être appelé à en pratiquer une.

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 19. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 13 MAI 1893.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

—

Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat (Service des consultations et service hospitalier) pendant l'année 1892 (*fin*) (1);

par Félix TERRIER, chirurgien de l'hôpital Bichat, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

2e Série : III, 1892.

B. Statistique des opérations faites a l'hôpital Bichat pendant l'année 1892, avec l'aide des assistants, MM. A. Broca et H. Hartmann, et de MM. Malherbe, Matton et Touche, internes du service.

1° *Opérations sur les yeux et les paupières.* (8 opérations. — 0 morts.)

3 cataractes. — 3 guérisons.
1 lupus avec ectropion double ; autoplastie. — 1 amélioration.
2 cancroïdes de l'angle interne de l'œil. — 2 guérisons.
2 kystes dermoïdes de la queue du sourcil, dont 1 avec prolongement dans la fosse temporale. — 2 guérisons.

2° *Opérations sur le crâne et la face.* (38 opérations. — 2 morts.)

5 épithéliomas de la face, dont 3 ayant nécessité une autoplastie. — 5 guérisons.
3 épithéliomas des lèvres, dont 2 ayant nécessité une cheiloplastie. — 3 guérisons.
2 épithéliomas de la langue ; ablation par la voie sus-hyoïdienne. — 2 guérisons.
1 épithélioma développé sur une brûlure du crane et ayant envahi les os. Résection du crane, greffe d'un lambeau cutané. — 1 mort (méningite au 8e jour.)
1 kyste dermoïde épicrânien. — 1 guérison.
2 kystes sébacés du front. — 2 guérisons.
6 lupus de la face. Grattages ; dans un cas autoplastie de l'orifice buccal. — 6 améliorations.
1 tumeur mixte de la parotide. Ablation. — 1 guérison.
1 tumeur maligne du maxillaire inférieur avec dégénérescence des ganglions sous-maxillaires. Résection partielle du maxillaire et ablation des ganglions. — 1 guérison.
1 kyste du maxillaire supérieur. Trépanation. — 1 guérison.
1 ostéopériostite du maxillaire supérieur. Incision. — 1 guérison.
1 abcès fistuleux du sinus maxillaire. Débridement, grattage. — 1 guérison.
1 nævus pigmentaire de la lèvre. Ablation. — 1 guérison.
1 tumeur érectile veineuse de la tête, de la face et du cou. Ligatures en chaîne. — 1 amélioration.
1 abcès tuberculeux de la joue. Grattage. — 1 guérison.
1 névralgie faciale. Arrachement du nerf buccinateur. — 1 guérison.
1 perforation syphilitique de la voute palatine. Uranoplastie. — 1 guérison.
2 polypes naso-pharyngiens. Ablation par la voie buccale après fente du voile du palais. — 2 améliorations.
5 mastoïdites suppurées. Trépanation de l'apophyse mastoïde. — 5 guérisons.
1 ostéite de l'écaille du temporal avec abcès intra-cranien. Ablation d'un séquestre. — 1 mort de méningite.

3° *Opérations sur le cou.* (17 opérations. — 1 mort.)

9 ablations de ganglions tuberculeux du cou. — 9 guérisons.
5 curettages de ganglions tuberculeux du cou. — 5 guérisons.
2 goitres. 2 ablations partielles du thyroïde. — 2 guérisons.
1 mal sous-occipital avec abcès froid. Incision. — Mort de cachexie

4° *Opérations sur le thorax et la colonne vertébrale.* (26 opérations. — 2 morts.)

2 plaies pénétrantes de poitrine. — 2 guérisons.
10 tumeurs malignes du sein. Ablation. — 9 guérisons, 1 mort par broncho-pneumonie au 8e jour.
1 adénome du sein. Ablation. — 1 guérison.
1 mammite chronique suppurée fistuleuse. Débridement, grattage réunion. — 1 guérison.
2 lipomes du dos. Ablation. — 2 guérisons.
2 lipomes de l'épaule. Ablation. — 2 guérisons.
1 abcès chaud sous-pectoral. Incision. — 1 guérison.
1 abcès froid sterno-costal. Injection d'éther iodoformé. — 1 guérison.
3 ostéites tuberculeuses costales avec abcès. Grattage, résection de côtes. — 3 guérisons, dont 2 sans fistule.
1 mal de Pott dorsal avec abcès. Injection d'éther iodoformé. — 1 amélioration.
2 maux de Pott lombaires avec abcès ilio-fémoral. Incision, grattage et drainage de l'abcès. — 1 guérison, 1 mort tardive par phtisie pulmonaire.

5° *Opérations sur l'abdomen (organes génitaux de la femme exceptés).* (85 opérations. — 15 morts.)

38 cures radicales de hernie inguinale. Dans un cas castration concomitante ; dans un autre ablation, par l'incision de la cure radicale, d'une salpingo-ovarite adhérente. — 38 guérisons.
4 cures radicales de hernie crurale. — 4 guérisons.
1 cure radicale de hernie ombilicale. — 1 guérison.
3 cures radicales de hernie épigastrique. — 3 guérisons.
1 cure radicale d'éventration avec épiplocèle adhérente. — 1 guérison.
7 hernies inguinales étranglées. Kélotomie. — 5 guérisons, 2 morts, une par chute tardive d'une eschare intestinale le 21e jour, une de péritonite suppurée.
6 hernies crurales étranglées. Kélotomie. — 3 guérisons, 3 morts, 1 quelques heures après l'opération ; l'étranglement datait de 8 jours et l'anse était gangrenée ; une de péritonite, la troisième de pneumonie (1).
3 péritonites tuberculeuses. Laparotomie. — 2 guérisons, 1 mort de cachexie au bout de 6 semaines.
1 péritonite aiguë. Laparotomie. — 1 mort.
3 laparotomies exploratrices. — 3 guérisons.
1 cholécystectomie pour hydropisie calculeuse de la vésicule. — 1 guérison.
1 cholécystotomie. — 1 guérison.
1 cholédochotomie. — 1 mort (2).
1 kyste hydatique suppuré de la face postero-supérieure du foie. Résection costale. Incision. Drainage. — 1 guérison.
2 cholécystentérostomies pour ictère chronique, compression du cholédoque par un cancer du pancréas. — 2 morts rapides. Une avec généralisation du cancer, l'autre avec un phlegmon de la paroi abdominale antérieure.
1 épithélioma kystique du pancréas. Ablation. — 1 mort de choc.
1 kyste du grand épiploon adhérant à la face antérieure de l'estomac. Ablation. — 1 guérison.
1 lipome du mésentère. Laparotomie exploratrice. — 1 mort par occlusion intestinale due à une coudure de l'intestin (3).
2 cancers de l'estomac. Gastro-entérostomie. — 1 guérison. — 1 mort brusque d'épuisement (4).
2 gastrostomies (1 pour cancer de l'œsophage, 1 pour rétrécissement cicatriciel). — 2 morts. Dans un cas, la péritonite était due à ce que l'infirmière avait, avec une sonde, fait une fausse route entre la paroi abdominale et l'estomac.
1 appendicite avec abcès juxta-cæcal. Laparotomie iliaque. — 1 guérison.
1 appendicite chronique à rechute. Résection de l'appendice et d'un gateau épiploïque qui oblitérait la perforation. — 1 guérison.
1 contusion de l'abdomen. Laparotomie exploratrice. — 1 mort

(1) Voir *Progrès médical*, n° 18, 1893.

(1) Observation publiée dans le *Mercredi médical*, 1893, p. 61.
(2) Observation publiée dans la *Revue de Chirurgie*, n° 11, p. 922, 1892.
(3) Observation publiée dans la *Revue de Chirurgie*, 1892, p. 747.
(4) Communiquée à la *Société de Chirurgie*, séance du 7 février 1893.

au bout de 3 semaines d'accidents urémiques ; il y avait contusion des reins et rupture complète du rein gauche.
2 abcès froids de la fosse iliaque. Incision, curettage. — 2 guérisons.

6° *Opérations sur l'anus et le rectum.*
(42 opérations. — 1 mort.)

3 abcès péri-anaux Incision. — 3 guérisons.
1 phlegmon diffus ischio-rectal. Incision. — 1 guérison.
14 fistules anales. (Dans 4 cas on a fait l'excision du trajet, suivie de suture complète ; dans 6 on a fait une suture incomplète des trajets.) — 14 guérisons.
12 hémorrhoïdes. Dans 4 cas, dilatation de l'anus; dans 8, ablation de paquets hémorrhoïdaux. — 12 guérisons.
2 fissures anales. Dilatation de l'anus. — 2 guérisons.
1 chute du rectum. Rectopexie. — 1 guérison.
2 Rectites proliférantes. Grattage dans un cas, extirpation dans l'autre. — 1 amélioration, 1 guérison.
4 épithéliomas de la région ano-rectale. Ablation. — 4 guérisons.
1 rétrécissement syphilitique du rectum avec trajets fistuleux multiples. Incision des trajets. Rectotomie. — 1 amélioration.
1 ulcération tuberculeuse de l'anus. Grattage. — 1 mort au bout de 3 mois par les progrès de la tuberculose pulmonaire.
1 gomme tuberculeuse de la région anale. Grattage. — 1 guérison.

7° *Opérations sur les organes génitaux de la femme.*
(238 opérations. — 19 morts.)

3 tumeurs végétantes de l'ovaire avec ascite. Ablation incomplète dans deux cas, simple laparotomie exploratrice dans l'autre. — 3 guérisons opératoires.
10 kystes multiloculaires de l'ovaire. Ablation. — 10 guérisons.
2 kystes multiloculaires de l'ovaire enclavés dans le ligament large. — 1 guérison, 1 mort au douzième jour d'urémie.
1 kyste multiloculaire avec salpingite suppurée et péritonite aiguë. Laparotomie, lavage du péritoine. — 1 mort.
1 kyste dermoïde de l'ovaire avec pédicule tordu. Ablation. — 1 guérison.
1 kyste végétant de l'ovaire avec carcinose péritonéale et ascite. Excision partielle, fixation de la poche ouverte à la paroi. — 1 mort de choc opératoire.
6 kystes parovariens ou du ligament large. Ablation. — 5 guérisons, 1 mort au quatorzième jour, la malade était albuminurique.
1 kyste parovarien à droite, salpingite suppurée à gauche. Ablation. — 1 guérison.
39 salpingo-ovarites. — 36 guérisons, 3 morts par péritonite. Dans un de ces cas, la péritonite était déterminée par l'existence d'une perforation non suturée du rectum.
8 hémato-salpingites. — 6 guérisons, 2 morts (1 de péritonite, 1 d'hémorrhagie).
28 salpingo-ovarites suppurées. — 24 guérisons, 4 morts de péritonite.
1 castration double pour fibrome utérin. Hystéropexie. — 1 guérison.
12 hystérectomies abdominales avec pédicule externe. — 8 guérisons, 4 morts, dont une par urémie.
1 fibrome utérin avec double salpingite suppurée et gros kyste ovarique à gauche. Hystérectomie abdominale. Ablation des annexes. — 1 mort.
1 fibrome multiple avec poche suppurée dans le ligament large gauche. Hystérectomie abdominale, fixation de la poche dans l'angle inférieur de la plaie. — 1 guérison.
4 hystéropexies pour prolapsus utérin. — 4 guérisons.
2 hystéropexies pour rétroflexion. — 2 guérisons.
6 hystérectomies vaginales pour épithélioma. — 6 guérisons.
1 hystérectomie vaginale pour fibromes. — 1 guérison.
2 hystérectomies vaginales par morcellement pour suppuration pelvienne. — 1 mort, 1 amélioration.
1 incision vaginale pour suppuration rétro-utérine. — 1 guérison.
70 endométrites. Curettage. — 70 guérisons. Dans un cas, toutefois, le curettage a été suivi d'une hématocèle intra-ligamentaire, actuellement opérée et guérie.
6 curettages pour rétention placentaire, suite d'avortement. — 6 guérisons.
5 curettages pour épithéliomas du col. — 5 améliorations.
1 épithélioma du corps. Curettage. — 1 amélioration.
1 polype utérin. Ablation. — 1 guérison.
9 métrites avec lésions graves du col. Curettage, amputation du col. — 9 guérisons.
2 métrites avec déchirure du col, prolapsus vaginaux. Curettage, restauration du col. Colporraphie antérieure, colpo-périnéorraphie. — 2 guérisons.
1 métrite, déchirure du périnée. Curettage, périnéorraphie. — 1 guérison.
2 déchirures du périnée. Périnéorraphie. — 2 guérisons.
1 endométrite avec fibrome. Curettage. — 1 cessation temporaire des hémorrhagies.
3 extirpations de la glande de Bartholin. — 3 guérisons.
2 végétations vulvaires. Grattage. — 2 guérisons.
1 hypertrophie congénitale du clitoris. Ablation. — 1 guérison.
3 fistules abdominales. Dilatation, grattage. — 1 guérison, 2 insuccès, dans ces deux derniers la fistule était pyo-stercorale.

8° *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme.*
(32 opérations. — 0 mort.)

15 hydrocèles vaginales. Cure radicale. — 15 guérisons.
1 hématocèle. Excision de la vaginale. — 1 guérison.
2 kystes de l'épididyme. Ablation. — 2 guérisons.
1 kyste du cordon. Ablation. — 1 guérison.
1 tuberculose épididymaire. Excision partielle de l'épididyme suivie de suture. — 1 guérison sans fistule.
6 castrations (3 pour testicule tuberculeux, 1 pour testicule syphilitique, 1 pour cancer et 1 pour hématocèle). — 6 guérisons.
3 varicocèles douloureux. Résection du paquet variqueux et du scrotum. — 3 guérisons.
1 hématome enkysté du scrotum. Extirpation de la poche. — 1 guérison.
2 circoncisions. — 2 guérisons.

9° *Opérations sur les voies urinaires.*
(16 opérations. — 4 morts.)

2 néphropexies. — 2 guérisons.
2 néphrotomies. — 1 guérison, 1 amélioration.
1 taille hypogastrique et cathétérisme rétrograde pour fracture du bassin déjà infectée. — 1 mort par septicémie aiguë gazeuse.
1 taille hypogastrique pour myome vésical récidivé. — 1 mort 4 mois après par cachexie.
2 fistules vésico-vaginales. — 2 guérisons.
3 uréthrotomies internes. — 3 guérisons.
2 uréthrotomies externes. — 1 guérison, 1 mort : le malade entre délirant pour une rétention d'urine est mort avec de la pyélo-néphrite suppurée, abcès sous-capsulaire, 48 heures après son entrée à l'hôpital.
2 infiltrations d'urine. Incisions. — 1 guérison, 1 mort.
1 prostatite suppurée. Incision périnéale. — 1 guérison.

10° *Opérations sur le membre supérieur.*
(35 opérations. — 2 morts.)

4 plaies graves de la main. — 4 guérisons.
1 luxation du pouce avec plaie. Réduction. — 1 guérison.
1 luxation du coude en arrière. — 1 guérison.
2 luxations anciennes de l'épaule. — 1 guérison; 1 insuccès malgré plusieurs tentatives ; ce dernier malade, sujet depuis longtemps à des érysipèles de la face, a fait, étant dans le service, une poussée érysipélateuse faciale et est mort (1).
2 phlegmons profonds de la main. — 1 guérison par le curage des trajets ; 1 mort de cachexie quinze jours après une amputation du bras.
1 phlegmon diffus du bras. Incision. — 1 guérison.
2 ostéo-myélites chroniques de l'humérus. Trépanation, évidement. — 1 guérison, 1 amélioration.
1 ostéo-myélite chronique du cubitus. Résection de la totalité de la diaphyse. — Guérison sans fistule et régénération de l'os.
2 ostéomyélites chroniques du cubitus. Curettage, évidement. — 1 guérison, 1 amélioration.
2 arthrites suppurées interphalangiennes. Résection. — 2 guérisons.
1 arthrite infectieuse de l'épaule avec abcès fusant dans le bras. Arthrotomie. — 1 guérison.
1 synovite tuberculeuse du poignet. Raclage. — 1 guérison.
1 tumeur blanche du coude. Résection. — 1 guérison sans fistule.
2 scapulalgies suppurées. Résection. — 1 amélioration ; 1 guérison sans fistule.
1 kyste synovial du poignet à grains riziformes. Ablation. — 1 guérison.
2 lupus étendus du membre supérieur. Grattage. — 2 améliorations.
3 ganglions tuberculeux de l'aisselle. Ablation. — 3 guérisons.
1 névrome. Ablation. — 1 guérison
1 section ancienne du radial. Avivement et suture des bouts. — 1 guérison avec retour des fonctions.
1 sarcome de l'éminence hypothénar. Ablation. — 1 guérison.
1 épithélioma de la main. Désarticulation du poignet. — 1 guérison.

(1) Ce cas isolé, *survenu en dehors de toute plaie*, n'a été suivi de l'apparition d'aucun autre érysipèle sur nos opérés.

1 lipome de la région deltoïdienne. Ablation. — 1 guérison.
1 ostéosarcome récidivé de l'omoplate. Ablation totale de l'omoplate. — 1 guérison.

11° *Opérations sur le membre inférieur.*
(56 opérations. — 2 morts.)

1 plaie pénétrante du genou avec arthrite. Arthrotomie. — 1 guérison avec mobilité du genou.
1 plaie de la cuisse par coup de feu. Débridement, drainage. — 1 guérison.
1 fracture de la rotule. Suture osseuse, suppuration de l'articulation, oblitération de la poplitée, amputation de cuisse. — 1 guérison.
1 fracture compliquée du bassin. Résection des fragments. — 1 guérison.
4 fractures compliquées de jambe. Ablation d'esquilles, etc. — 4 guérisons.
2 luxations de la hanche. Réduction. — 2 guérisons.
1 hernie musculaire. Suture de l'aponévrose. — 1 guérison.
2 phlegmons profonds de la fesse. Incisions — 2 guérisons.
5 extirpations de ganglions inguinaux. — 5 guérisons.
5 hygromas pré-rotuliens. Ablation. — 5 guérisons.
4 ostéomyélites prolongées du fémur. Evidement. — 4 améliorations.
1 ostéomyélite prolongée du fémur. Insuccès de plusieurs évidements successifs. Greffe d'os décalcifié. — 1 guérison.
1 ostéomyélite aiguë du tibia généralisée à d'autres os. Trépanations multiples. — 1 mort par épuisement au bout de 3 mois.
1 ostéomyélite aiguë du tibia. 2 trépanations simultanées. — 1 amélioration.
1 périostite subaiguë du tibia. Evidement. — 1 guérison.
1 ostéomyélite chronique du tibia. Evidement. — 1 amélioration.
1 ostéomyélite de la rotule. Incision, évidement. — 1 guérison sans fistule.
2 arthrites suppurées métarso-phalangiennes. Amputation. — 2 guérisons.
2 tumeurs blanches du genou. Amputation de la cuisse. — 2 guérisons.
1 tumeur blanche du genou. Méthode sclérogène appliquée par M. Mauclaire. Etat stationnaire, puis aggravation; résection du genou. — Mort tardive par généralisation tuberculeuse.
1 tumeur blanche suppurée tibio-tarsienne. Résection de l'astragale. — 1 guérison avec fistule; le malade marche avec une canne.
1 tumeur blanche suppurée antéro-tarsienne. Résection du tarse antérieur. — 1 guérison sans fistule.
2 désarticulations du genou (1 pour épithélioma de la jambe et du pied, 1 pour éléphantiasis). — 2 guérisons.
4 orteils à marteau. Résection cunéiforme. — 4 guérisons.
1 amputation d'un 5e orteil dévié. — 1 guérison.
1 amputation du premier métatarsien pour gangrène sénile. — 1 guérison.
1 hydarthrose du genou. Arthrotomie. — 1 guérison.
1 anévrysme diffus de la poplitée. Incision, ligature des deux bouts. — 1 guérison (1).
1 phlébite variqueuse suppurée du mollet. Incision, drainage. — 1 guérison.
1 gomme tuberculeuse de la fesse. Excision. — 1 guérison.
1 sarcome de la cuisse. Ablation. — 1 guérison.
1 rétraction tendineuse du biceps fémoral. Ténotomie. — 1 guérison.
1 pied bot paralytique. Arthrodèse. — 1 guérison.
1 fracture de jambe vicieusement consolidée. Résection ultérieure du péroné faite par un chirurgien. Taille d'une mortaise dans l'extrémité inférieure du tibia. — 1 guérison.

Résumé des opérations selon les régions :

	Opérations.	Guérisons.	Morts.
1° Sur les yeux	8	8	0
2° Sur le crâne et la face	38	36	2
3° Sur le cou	17	16	1
4° Sur le péritoine	26	24	2
5° Sur l'abdomen	95	70	15
6° Sur l'anus	42	41	1
7° Sur les organes génitaux de la femme	238	219	19
8° Sur les organes génitaux de l'homme	32	32	0
9° Sur les voies urinaires	16	12	4
10° Sur le membre supérieur	35	33	2
11° Sur le membre inférieur	56	54	2
	593	544	49

(1) L'observation a été publiée dans le numéro d'avril de la *Revue de Chirurgie*, 1893.

Ces 593 opérations faites cette année à l'hôpital Bichat ont donc donné 49 morts, soit en bloc 8,03 0/0 de décès, encore avons-nous fait rentrer dans ce total un vieillard porteur d'une luxation ancienne de l'épaule, sujet depuis longtemps à des érysipèles de la face et mort d'une poussée de cet érysipèle en l'absence de toute lésion traumatique exposée.

L'an dernier, la mortalité n'était que de 6.39 0/0 et l'année précédente de 8.12 0/0. Le taux de la mortalité reste donc à peu près le même, et cependant nous avons pratiqué un plus grand nombre d'opérations graves, 143 laparotomies au lieu de 135, total de 1891, et de 101, total de 1890, et 9 hystérectomies vaginales au lieu de 5, chiffre de 1891.

Etudions maintenant les diverses causes de mort. Nous voyons d'abord que 8 opérations sur les yeux et 32 sur les organes génitaux de l'homme n'ont donné lieu à aucun décès.

Pour les 38 opérations sur le crâne et la face, nous relevons 2 morts, dans un cas il s'agissait de la résection pour un épithélioma d'une bonne partie de la calotte crânienne, une méningite est survenue lors de la mortification du lambeau cutané dont on avait dû recouvrir la perte de substance. C'est aussi une méningite qui a emporté le second de nos malades. Il s'agissait d'un homme atteint d'ostéite nécrosique du crâne avec abcès intra-crânien, nous croyons qu'elle a été consécutive à la déchirure d'adhérences limitant le foyer pendant l'exploration avec le stylet, l'intervention opératoire s'étant bornée à enlever un séquestre mobile.

Les 17 opérations sur le cou ont donné 1 mort. Un malade, atteint de mal de Pott sous-occipital, est mort des progrès de sa tuberculose pulmonaire après avoir été momentanément soulagé par l'ouverture de l'abcès qu'il portait.

C'est de même l'évolution des lésions tuberculeuses qui a déterminé la mort d'un de nos 26 opérés de la catégorie thorax et rachis. Il s'agissait d'un mal de Pott. La deuxième mort de cette série a trait à une amputée de sein, emportée au huitième jour par une broncho-pneumonie.

Avec les opérations sur l'abdomen nous voyons la mortalité augmenter, et si chez un malade atteint de tuberculose, chez un autre souffrant d'une péritonite aiguë granulique, si enfin chez un troisième dont les reins étaient rupturés, la laparotomie ne peut être en rien incriminée comme cause de mort, il n'en est pas de même pour une série d'autres cas où elle a certainement hâté la fin du malade.

Dans 4 cancers, 3 du pancréas, 1 de l'estomac, la mort a suivi immédiatement l'opération et le malade n'a pu résister au choc opératoire. Dans un cas de lipome du mésentère, la mort a été déterminée par une occlusion intestinale consécutive à la coudure d'une anse d'intestin, déplacée par la tumeur.

Deux malades sont morts de péritonite après une gastrostomie; chez un, il s'agit d'une faute opératoire (Hartmann). La couronne de sutures séro-séreuses n'avait compris qu'un espace trop restreint de la surface stomacale, si bien qu'on ne put faire la suture mucocutanée. De là inoculation pendant les repas du tissu cellulaire, et propagation au péritoine d'un abcès formé dans celui-ci. Chez le deuxième, la mort, très tardive, a suivi un cathétérisme maladroit de la fistule par une infirmière qui, poussant la sonde à travers la paroi, injecta le repas de la malade dans le péritoine.

5 opérés sont morts après la kélotomie, l'un porteur

d'un étranglement datant de 8 jours, quelques heures après l'intervention, 1 autre 21 jours après par perforation tardive de l'intestin, les 2 derniers de péritonite post-opératoire, 1 cholédochotomie a même été suivie de mort, due à une inoculation septique : il y avait un phlegmon de la paroi au voisinage de la suture.

Les opérations sur les organes génitaux de la femme contribuent naturellement, pour la plus grande part, à la mortalité de cette statistique : 19 morts sur 238 opérations. Une malade opérée *in extremis* et d'urgence d'un kyste de l'ovaire avec salpingite suppurée et péritonite généralisée est morte des suites de l'évolution de sa péritonite préopératoire; 2 autres sont mortes d'urémie, 1 d'hémorrhagie; les 16 autres de péritonite septique.

Les opérations sur les voies urinaires ont, au contraire, donné une mortalité relativement considérable, 4 morts sur 16 interventions. Dans un cas de rupture de l'appareil urinaire par une fracture du bassin, le malade, déjà uréthrotomisé à la campagne, est entré infecté, et dans les 3 autres l'intervention même la mieux dirigée ne serait pas parvenue à arrêter l'évolution des accidents, les malades s'étant présentés trop tardivement et l'opération n'ayant été qu'une cause de soulagement.

Les 2 opérations suivies de mort après des interventions sur le membre supérieur ne peuvent non plus être mises sur le compte du chirurgien.

L'érysipèle de la face, qui a tué le malade porteur d'une luxation irréductible de l'épaule, n'avait pas de rapport avec sa lésion et le vieux cachectique épuisé, qui est mort quelque temps après une amputation du bras pour suppuration chronique de la paume de la main de l'avant-bras et de la partie inférieure du bras, avait un moignon entièrement réuni dans la profondeur et dans la superficie lorsqu'il s'est éteint doucement et sans fièvre.

Restent encore les deux morts à la suite d'opérations faites sur le membre inférieur : l'une à la suite d'ostéomyélites multiples, l'autre par les progrès de la tuberculose, ne relèvent en rien de l'intervention.

Tableau indiquant les causes de morts.

A. — *Morts rapides :*

a). *Dues au traumatisme choc).*

Kélotomie pour une hernie étranglée datant de 8 jours
Cholécystentérostomie (1 cas).
Gastro-entérostomie.
Carcinose péritonéale.

b). *Dues à une occlusion intestinale.*

Coudure de l'intestin sur un lipome du mésentère après laparotomie exploratrice.

B. — *Complications survenues après l'opération.*

a). *Complications pulmonaires.*

Amputation du sein. Bronchopneumonie.

b). *Complications rénales.*

Kystes inclus dans le ligament large (2 cas).
Fibrome utérin.
Rupture du rein.

C. — *Persistance des accidents antérieurs à l'opération.*

a). *Tuberculose.*

Mal de Pott sous-occipital.
Mal de Pott lombaire.
Ulcération tuberculeuse de l'anus.
Tumeur blanche du genou.

b). *Infection ostéomyélitique.*

Ostéomyélites multiples.

c). *Carcinose généralisée.*

Cholécystentérostomie.

D. — *Accidents septiques à la suite de l'intervention.*

a). *Malades non infectés avant l'intervention.*

Résection de la voute du crane (méningite).
Hystérectomie abdominale avec pédicule externe (péritonite, 3 cas).

b). *Malades infectés avant l'opération.*

Ostéite nécrosique du crane (méningite).
Salpingo-ovarite suppurée (péritonite, 4 cas).
Salpingo-ovarite non suppurée (péritonite, 4 cas).
Fibrome avec salpingite suppurée (peritonite, 1 cas).
Hystérectomie pour suppuration pelvienne (1 cas).
Cholédochotomie (1 cas).
Hernies étranglees (3 cas).
Péritonite aiguë pré-opératoire (2 cas).

c). *Accidents dus à une intervention défectueuse.*

Gastrostomies (2 cas, injection d'aliments dans le péritoine dans un, imperfection de la suture dans l'autre).
Hémosalpingite (Hémorrhagie par ligature imparfaite du pédicule).

En additionnant : les 4 décès de malades infectés par l'opération et les 17 de malades morts d'accidents septiques mais déjà infectés avant l'intervention, enfin les deux décès dus à une faute soit dans l'intervention, soit dans le traitement consécutif, on arrive à 23 morts par accidents septiques post-opératoires, soit, pour les 593 opérés, 3.8 %.

Nous devons enfin signaler deux cas de mort par les agents anesthésiques, l'un survenu au moment où l'on allait faire la castration chez un tuberculeux, l'autre au moment où l'on allait pratiquer une opération sur l'anus.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une anesthésie par le chloroforme seul ; dans le deuxième, d'une anesthésie mixte par le bromure d'éthyle puis par le chloroforme (1). Tous deux sont morts d'une syncope.

Comme depuis 1883, nos opérés n'ont été atteints ni d'érysipèle ni de tétanos, et cependant, comme je l'ai dit, j'ai eu dans ma salle un cas d'érysipèle dit spontané de la face chez un homme porteur d'une luxation ancienne et irréductible de l'épaule.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

HÔPITAL LOURCINE. — M. LE Dr **POZZI**.

Note sur les accouchements faits à l'Hôpital de Lourcine.

SERVICE DU Dr POZZI, PENDANT UNE PÉRIODE DE TROIS ANS (1890-1891-1892);

par **Albert MARTIN**, interne des hôpitaux, ancien interne de Lourcine-Pascal.

Un de nos prédécesseurs dans le service du Dr Pozzi a publié, il y a deux ans, la statistique des accouchements qui ont été faits à Lourcine de 1883 à 1889 inclusivement. Il a fait ressortir à cette époque, dans un article de la *Gazette médicale* (20 decembre 1890), les bons résultats qu'on y avait toujours obtenus (2).

(1) Dans ce dernier cas, la malade avait été précédemment endormie par le même procédé mixte sans le moindre incident.

(2)

En 1883. . .	106	accouchements	1 décès du à une néphrite.
1884. . .	100	—	1 décès (tubercul. pulmon.).
1885. . .	85	—	Pas de décès.
1886. . .	92	—	1 décès chez une fem. infectée, accouchée en ville.
1887. . .	83	—	Pas de décès.
1888. . .	81	—	1 décès (eclampsie).
1889. . .	78	—	1 décès (eclampsie).

Depuis deux ans, aucun changement n'a été apporté dans ce service. L'administration n'a rien dépensé pour son organisation matérielle ou pour le personnel subalterne. Rappelons encore qu'aucune sage-femme n'a été attachée au service et que les accouchements ont tous été faits par les internes de Lourcine, aidés toujours de la même infirmière, attachée depuis longtemps au service et éduquée par eux. Les résultats n'en ont pas moins été excellents et c'est pourquoi nous tenons à les publier ci-après :

En 1890, il y a eu. à la salle Fracastor, 72 accouchements et fausses couches, à savoir :

47 accouchements à terme ;

20 accouchements avant terme de fœtus ayant plus de six mois ;

5 fausses couches au-dessous de six mois ;

26 enfants nés au delà de six mois de grossesse ou à terme étaient morts en naissant ou bien ont succombé dans le service au bout de quelques jours.

En 1891, nous avons compté le même nombre d'accouchements et avortements que l'année précédente, c'est-à-dire 72, qui se répartissent en :

40 accouchements à terme ;

22 accouchements avant terme après six mois de grossesse ;

10 fausses couches au-dessous de six mois.

Sans tenir compte des fausses couches, nous enregistrons encore 35 mort-nés ou enfants ayant succombé peu de temps après la naissance.

En 1892, les accouchements et fausses couches sont au nombre de 84 et se répartissent en :

57 accouchements à terme ;

22 accouchements avant terme, mais au delà de six mois;

5 fausses couches au-dessous de six mois.

En déduisant le nombre des fœtus expulsés avant six mois de grossesse, nous avons encore 38 mort-nés ou enfants morts peu après la naissance.

En résumé, il y a eu à Lourcine dans ces trois dernières années 228 accouchements et fausses couches, dont :

144 accouchements à terme ;

64 accouchements avant terme, mais au delà de six mois de grossesse ;

20 fausses couches au-dessous de six mois.

Nous avons compté, pendant cette période triennale, au total 109 enfants seulement nés vivants et ayant survécu, du moins jusqu'à leur sortie du service. Ces chiffres prouvent une fois de plus toute la gravité de la syphilis chez le fœtus ou le nouveau-né.

On sait, en effet, que, parmi les femmes enceintes, les syphilitiques et les vénériennes sont seules admises dans dans la salle Fracastor. Si l'on tient compte, en outre, du genre de vie de la plupart des femmes qui accouchent à Lourcine, on ne s'étonnera pas du nombre considérable de mort-nés et de fausses couches que compte cette statistique.

Malgré ces conditions défavorables et un isolement incomplet, puisque la salle des accouchées est encore occupée en partie par des enfants syphilitiques et par des vénériennes non enceintes, nous n'avons eu à enregistrer aucun décès qui soit dû à des accidents puerpéraux (1). Pourtant, il a fallu intervenir dans bien des cas et les accouchements n'ont pas toujours été simples.

Nous avons relevé, en effet :

1 accouchement chez une éclamptique qui est sortie guérie du service ;

4 présentations du siège ;

1 présentation de la face ;

5 grossesses gémellaires ;

8 applications de forceps ont été faites soit pour inertie utérine, soit pour légère viciation du bassin.

(1) Une seule femme, la nommée Mor..., est morte dans le service, huit jours après son accouchement (en octobre 1890) ; mais elle a succombé à une pneumonie franche qui s'était déjà déclarée deux jours avant l'accouchement.

3 versions par manœuvres internes ont permis de faire l'accouchement dans trois cas de présentation de l'épaule. Pour 2 autres présentations semblables, il a fallu une fois faire la décapitation, l'autre fois extraire de l'utérus avec la main et pour ainsi dire par morcellement un fœtus mort et macéré (Ces deux dernières interventions ont été faites par un accoucheur du bureau central appelé par l'interne de garde).

3 fois la délivrance artificielle a été faite par l'interne de service.

Lorsqu'il y a eu rétention partielle des annexes fœtales, le curettage utérin a été fait soit par un interne sous la direction du chef de service, soit par M. Pozzi lui-même. Toutes les fois, grâce à une intervention prudente mais complète, et grâce aussi à une antisepsie rigoureuse, les malades ont été rapidement et complètement guéries.

On ne peut évidemment assimiler la salle Fracastor aux maternités des autres hôpitaux ; nous n'avons donc pas la prétention de comparer les résultats constatés dans celles-ci à ceux que l'on obtient dans celle-là. Le roulement y est beaucoup moins actif. Le nombre des accouchements, en effet, ne tend pas à augmenter à Lourcine ; la comparaison des chiffres de ces trois dernières années avec ceux des années précédentes prouve même le contraire. Cela tient, d'une part, à ce qu'il n'est pas possible de recevoir à la salle Fracastor d'autres femmes que des syphilitiques ou des vénériennes, d'autre part, à ce que certaines maternités les acceptent maintenant volontiers.

Dans tous les cas, les chiffres précédents démontrent que M. Pozzi a obtenu, avec l'assistance de ses seuls internes, des résultats au moins aussi bons que ceux que fournit dans les maternités l'aide des sages-femmes. Ses élèves lui sont reconnaissants de leur laisser ainsi les moyens de faire un peu de pratique obstétricale, d'autant mieux qu'il leur est très difficile avec l'organisation actuelle des services spéciaux de trouver les mêmes avantages. C'est pour cela qu'ils veilleront toujours avec soin à la bonne tenue du service. D'ailleurs, ils sont seuls à examiner les femmes en couches, ce qui est une condition excellente pour éviter l'infection.

Qu'on nous permette, avant de finir, une dernière réflexion. On peut voir, par les chiffres précédents, que le service d'accouchements syphilitiques annexé aux salles de gynécologie chirurgicale de Lourcine-Pascal est un simple appendice de ce service et tout à fait insuffisant pour constituer un service spécial, analogue à ceux qui sont actuellement dirigés par les accoucheurs des hôpitaux. Tel qu'il est, il constitue une source précieuse d'enseignement complémentaire, en permettant d'observer et de traiter les accidents immédiats qui constituent pour ainsi dire la transition entre l'obstétrique et la gynécologie.

Mais il est évident que, réduit à ses propres attributions, ce service d'accouchements n'aurait plus de raison d'être, à moins de fournir le prétexte à des empiètements plus ou moins déguisés dans le domaine chirurgical.

Les résultats que nous avons pris soin de publier montrent que l'intérêt des malades n'a nullement à souffrir de l'organisation actuelle ; c'est donc à un autre mobile qu'obéirait l'administration, si elle cédait à certaines réclamations qui se sont produites dans ces derniers temps.

Femmes chirurgiens des hopitaux. — Miss Inglis, étudiante du Collège médical pour femmes d'Edimbourg, qui obtint la triple qualification donnée par les Collèges royaux des médecins et chirurgiens d'Edimbourg et par la Faculté de médecine et de Chirurgie de Glascow aux examens du mois de julliet dernier, a été récemment nommée chirurgien résident du nouvel hôpital pour femmes de Londres (*Gaz. de Gynécologie*).

Assistance des Etrangers en France. — Les dépenses de l'Assistance publique de Paris pour les Etrangers s'élevaient, en 1886, à 8 millions ; elles n'ont pu qu'augmenter encore. Or, la criminalité des Etrangers est en France dix fois plus considérable que celle des Français, toutes proportions gardées.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Emoluments des Médecins militaires.

On ne saurait trop redire certaines vérités; et, quand il s'agit de défense nationale, d'intérêts généraux de premier ordre, il est permis — qu'on vous accuse ou non de radoter comme une bonne vieille — de mettre sans cesse le doigt sur nos plaies. C'est le seul moyen de les faire connaître et de les guérir, à condition toutefois que le doigt... ne soit pas infecté.

L'une de ces questions toujours brûlantes est la façon dont on comprend encore aujourd'hui le service militaire des étudiants en médecine, question sur laquelle, avec tant d'autres de nos confrères, nous avons bien des fois appelé l'attention; mais une autre, non moins grave, est notre organisation actuelle de la médecine militaire, avec ses cadres trop étroits, avec son budget dérisoire, avec son autorité presque illusoire, et, de la part des combattants, cette sorte de dédain immérité qui pèse avec tant d'injustice sur ce corps distingué, en dépit des règlements nouveaux et des changements survenus dans les armées modernes.

Chacun sait comment l'officier caracolant traite, du haut de sa grandeur et de sa fringante monture, le pauvre médecin qui trotte cahin-caha sur sa paisible Cocotte; chacun sait combien sont infimes les appointements de nos confrères de l'armée, si on les compare aux frais qu'ont occasionnés leurs études. Mais chacun de répéter: « A tout cela, point de remède. Vous prêchez dans le désert. Vous feriez mieux de trouver autre chose pour écouler votre bile. L'Armée, c'est sacré. Point n'y faut toucher! »

Il faudrait pourtant qu'on le sache bien: il est des pays au monde — il n'est pas besoin de traverser l'Atlantique tout entier pour les découvrir — où les médecins militaires ont une situation morale et des ressources pécuniaires notablement supérieures à celles de nos compatriotes. L'écart est considérable, étonnant, presque incroyable même pour les grades élevés. Nous avons dressé, à l'aide des documents qu'a publiés notre confrère le *Bulletin médical*, le tableau ci-dessous: il montrera, en un clin d'œil, mieux qu'un long discours, à quel degré nous sommes inférieurs sur ce chapitre à l'une des premières nations européennes, l'Angleterre.

I. Angleterre.		II. France.		Différence en moins.
Grades	Appointements.	Grades	Appointements.	
1. Surgeon major général.	32.500	Médecin inspecteur.	12.600	19.900
2. Surgeon colonel. .	22.500	Médecin princip. de 1re classe	8.136	14.364
3. Surgeon lieuten.-colonel.	16.250	Médecin princip. de 2e classe.	6.588	9.662
4. Surgeon major . .	16.250	Médecin major de 1re classe	5.508	10.742
5. Surgeon captain. .		Médecin major de 2e classe.		
a). après 10 ans.	6.844	a). après 10 ans .	3.780	3.064
b). après 5 ans.	6.250	b). après 6 ans. .	3.420	2.830
c). début. . . .	5.000	c). début	3.060	1.940
6. Surgeon lieuten. .	5.000	Aide-major de 1re cl.	2.520	2.480
7. Surgeon stagiaire	3.650	Aide-major stag. .	2.460	1.490

Il faut rappeler à cette occasion que, dans l'armée anglaise, à l'inverse de ce qui existe chez nous, les médecins militaires ont tous pour fonction d'assurer un service d'hôpital. Il n'y a pas de médecins régimentaires titulaires; certains médecins d'hôpitaux sont détachés pour faire le service des régiments. C'est là, croyons-nous, une organisation préférable pour bien des raisons qu'il serait trop long d'exposer ici; et, évidemment, l'une des principales est l'indépendance qu'acquiert de la sorte le corps de santé militaire vis-à-vis des officiers supérieurs commandant les régiments. C'est là un avantage moral de capitale importance.

Et alors même que cette indépendance ne serait pas aussi grande que nous le supposons, il n'en reste pas moins acquis que les médecins anglais, pécuniairement parlant bien entendu, sont dans des conditions meilleures que leurs confrères français. Comment veut-on chez nous trouver et garder longtemps des médecins sérieux avec des appointements variant de 2.160 à 3.500 fr.? Ce qui nous étonne, c'est qu'on en ait suffisamment, sinon pour remplir les cadres — ils ne le sont jamais — du moins pour assurer les divers services.

Pour approcher des chiffres de l'armée anglaise, il semble tout d'abord qu'il n'y ait pas d'autre ressource que de demander des fonds au Ministère de la Guerre, c'est-à-dire de gréver le budget dans des portions considérables. Mais, personne ne saurait en douter, d'ici longtemps les pouvoirs publics se garderont bien d'entrer dans une voie aussi périlleuse.

N'y aurait-t-il donc pas moyen de tourner la difficulté?

Le problème ne nous a pas semblé insoluble, si ardu qu'il ait paru à première vue; et nous venons aujourd'hui, humblement, proposer une solution, qui bouleversera sans doute toutes les idées reçues jusqu'ici et qui est peut-être inapplicable, mais qui pourtant n'est peut-être pas dépourvue d'intérêt. D'ailleurs quelques médecins militaires de nos amis, avec lesquels nous avons souvent rompu des lances sur ces questions, ont bien voulu reconnaître — il est vrai qu'ils ne brillaient pas par le nombre de leurs galons! — que notre système n'était pas tout à fait absurde. Leur approbation a été pour nous un témoignage de satisfaction dont nous nous sommes contenté.

Il nous semble en effet que, sans recourir à une augmentation de budget, on pourrait améliorer de beaucoup le sort et l'avenir des médecins militaires. Voici comment. Supposez que la proposition formulée par l'Association de la Presse médicale, au sujet du service militaire des étudiants en médecine, soit un jour admise, à savoir que:

« Les étudiants en médecine feront leur service militaire comme *médecins aides-majors de 2e classe de réserve*, leurs études médicales terminées. Ils devront être docteurs ou internes nommés au concours dans une ville où siège une Faculté, à l'âge de 27 ans. »

Dans ces conditions, vous aurez, au bout de quelques mois — il n'en faut pas davantage, quoi qu'on en puisse dire, pour apprendre le métier — de jeunes médecins, reçus docteurs, n'exigeant pas d'appointements (1), parfaitement aptes à remplir les fonctions de médecins aides-majors de 2e classe, soit à l'hôpital, soit au régiment. Et ils seront en nombre tel qu'ils pourront remplacer complètement tous les médecins aides-majors sortant chaque année du Val-de-Grâce.

(1) Sauf quelques exceptions à spécifier (subventions accordées, sous la dénomination de bourses, pour les jeunes gens pauvres, comme cela a lieu pour l'École polytechnique et l'École normale).

Dès lors, ces derniers deviendraient inutiles et on pourrait les supprimer : ce qui revient à dire que *les élèves du Val-de-Grâce sortiraient de l'Ecole avec un grade immédiatement supérieur à celui qu'ils obtiennent actuellement à leur arrivée au régiment*, et que la carrière de médecin militaire commencerait un échelon plus haut : d'où *augmentation de traitement*, dès le début, dès les études spéciales, à laquelle viendrait s'ajouter en outre une certaine somme réalisée à l'aide de la suppression du premier grade payé. Les jeunes médecins, accomplissant leur année de service militaire, seraient bien entendu placés immédiatement sous les ordres de leurs collègues récemment sortis du Val-de-Grâce, qui, eux, continueraient à perpétuer dans les régiments et les hôpitaux les traditions antiques et à représenter l'élément purement militaire.

Certes, en procédant de la sorte, il faudrait diminuer le chiffre des entrées à l'Ecole de médecine militaire, partant le nombre de nos confrères de l'armée active ; certes, il serait nécessaire pendant un certain temps de tenir compte des droits acquis, de songer à l'encombrement subit, mais temporaire, que cela créerait pour les grades de médecins aides-majors de 1re classe, majors de 2e classe, etc.; certes il faudrait recourir à une certaine mise de fonds pendant la période de transition. Certes l'Administration trouvera bizarre qu'on vienne lui proposer de faire d'emblée des médecins militaires à plusieurs galons..... Mais tout cela ne nous paraît pas constituer des difficultés absolument insurmontables. En fait de réformes, il faut d'abord les *vouloir*, et, avec un peu de fermeté et un brin d'énergie, on arrive facilement à sauter les obstacles.

Je ne sais si, en ces quelques mots, j'ai pu exposer avec une clarté suffisante une ébauche de mon projet, qui a encore d'autres avantages, sur lesquels je ne veux pas insister aujourd'hui (en particulier une meilleure organisation du service de santé de la réserve et de la territoriale). Mais qu'on ait la bonté de m'adresser les objections capitales qui se présenteront à l'esprit et, dans un article ultérieur, je m'efforcerai, si possible, de les résoudre, en revenant d'une façon plus précise sur différents points que j'ai dû me borner à mentionner aujourd'hui. Je viens peut-être d'émettre une idée qui fera sourire les bureaux des Ministères, voire même — car tout est possible — d'exposer un système absolument impraticable; à d'autres plus compétents d'en juger la valeur. Il n'y a que ceux qui ne font rien qui ne font pas de bêtises, que ceux qui ne pensent à rien et n'écrivent pas qui n'en font jamais imprimer.

Mais qu'il me soit beaucoup pardonné, parce qu'en l'espèce j'ai beaucoup aimé... mon pays et les médecins militaires. Marcel BAUDOUIN.

Ecole d'Anthropologie : Cours d'Anatomie générale.

Le lundi 10 avril dernier à l'École d'Anthropologie, M. le Dr PILLIET a repris ses conférences de l'année dernière. Les leçons porteront cette année sur les rapports de l'anatomie générale avec l'évolution et sur le tube digestif dans la série animale. Après avoir établi que c'est aux premiers collectionneurs en Italie, en Hollande en Angleterre que l'on doit les matériaux nécessaires, M. Pilliet rappelle brièvement le nom des savants qui, les premiers, ont cherché la méthode dans leurs travaux. Linné, puis Lamarck, partant de la botanique, ont donné l'orientation nécessaire et dès lors la science a rapidement évolué avec Kœlliker, Heckel, Küss, Morel, Mathias-Duval et tant d'autres. Parlant de Bichat, l'illustre fondateur de l'anatomie générale, M. Pilliet fait ressortir qu'avant lui Bordeu avait eu, le premier, la notion des *tissus homogènes*. Il rappelle que Dutrochet émit pour la première fois l'idée des *vésicules agminées*. Enfin vinrent Purkinje, Remak, Charles Robin, qui démontrèrent que chacun des tissus divers du corps des animaux était composé par des *cellules*. C'est dans la composition et l'agencement des cellules que réside la différenciation des tissus vivants, microscopiquement démontrée, taxinomique, et établissant ainsi sur des bases stables ce que Bichat avait pressenti : l'anatomie générale. Chaque élément cellulaire a une fonction à remplir ; il doit élaborer en effet certaines substances (graisse, mucus, matière glycogène, bile) ; il en est de même pour les cellules des végétaux (inuline, amidon, etc.). C'est suivant les besoins des divers organes que chacun de ces produits s'élabore. Quelques cellules ont un rôle de protection à jouer ; nous voyons alors les fibrilles de leur réseau protoplasmique se kératiniser ; c'est là une démonstration de la théorie que Darwin a su créer, bien que n'ayant très vraisemblablement jamais vu une cellule : la théorie de l'évolution par suite de l'influence des milieux.

Dans la série de ces leçons très intéressantes, M. le Dr Pilliet se propose, en reliant ensemble les faits de grosse histologie par des idées générales, d'examiner le tube digestif dans la série animale. Ces conférences ont lieu le lundi de chaque semaine à 4 h. à l'amphithéâtre de l'École d'Anthropologie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 mai 1893. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. ROGER a étudié la *toxicité du Bacterium coli chez la grenouille* en employant les toxines sécrétées par un microbe provenant des matières fécales d'un homme en bonne santé. Le liquide de culture, réduit au sixième et injecté dans la cavité abdominale d'une grenouille, produit à des doses de 0,75 c. une parésie marquée qui dure quelques heures. En forçant la dose, on arrive à une période convulsive avec exagération des réflexes. Elle peut se terminer par une paralysie progressive qui amène la mort de l'animal.

M. CHARRIN présente l'observation d'un malade du service de M. le Pr Bouchard, atteint de chorée et qui présentait de l'*albuminurie intermittente*. Or, cette albuminurie apparaissait quand les mouvements choréiques étaient très marqués, le jour par exemple, et cessait en même temps que cessait l'exagération des mouvements, c'est-à-dire pendant la nuit. L'exercice musculaire exagéré peut donc être regardé comme une des causes de l'albuminurie transitoire dont la pathogénie est encore si mal établie.

MM. CHARRIN et D'ARSONVAL ont soumis à l'*influence des courants électriques de haut potentiel et de grande vitesse des cultures du microbe pyocyanique*. En plaçant ces cultures dans un solénoïde, on observe des modifications légères dans la vitalité du microbe. Il reste aussi virulent, mais il perd peu à peu son pouvoir chromogène. Il récupère d'ailleurs promptement cette qualité quand on l'ensemence en dehors de toute action électrique.

M. VINCENT rapporte *deux cas d'ictère grave*, l'un primitif et l'autre secondaire. Dans le premier tous les tissus étaient imprégnés du Bacterium coli. Dans le second les viscères renfermaient seulement le Staphylocoque blanc. Il s'ensuivrait que l'ictère grave peut être causé par des bacilles différents, ce que M. Hanot avait déjà signalé.

M. Hanot présente *des photographies de foies infectieux* de différentes espèces. Dans toutes on retrouve à la convexité de l'organe de petites taches blanches qui ont été signalées déjà par M. Hayem et dans lesquelles le processus histologique de l'infection du tissu hépatique se trouve à son maximum. On y rencontre toutes les infections cellulaires possibles et des microbes variés. Ces taches sont constantes dans le foie infectieux.

M. Phisalix a recherché, avec M. Bertrand, la *toxicité du sang du crapaud* par rapport à la grenouille. Cette toxicité est assez considérable et peut expliquer que les Batraciens à venin ne soient pas incommodés par leur propre venin, puisque le sang paraît contenir une certaine quantité de celui-ci.

M. Debierre adresse une note sur la *fossette vermienne de l'occipital.*

MM. Verdin et Gudendag présentent chacun des *appareils de physique.*

M. Bourquelot continue ses études sur *le ferment du sucre des champignons.*

M. Gréhant rapporte le résultat de ses recherches sur *l'emploi du grisoumètre* pour le dosage des gaz toxiques.

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 mai 1893.— Présidence de M. Laboulbène.

Désinfection des logements occupés par les tuberculeux.

M. Dujardin-Beaumetz, s'appuyant sur l'observation de M. Ducor et sur les recherches de M. Dubief démontrant la vitalité du bacille de Koch après plus de deux ans, montre la nécessité de désinfecter les logements habités par les tuberculeux. Il ne croit pas cependant que la tuberculose puisse, comme d'autres maladies contagieuses, être soumise à la déclaration médicale obligatoire. Mais les médecins doivent insister dans le public sur les avantages de la désinfection gratuite et si facilement faite en quelques heures. Le progrès est d'ailleurs sensible. De 1.200 pour les quatre premiers mois de 1892, le chiffre des désinfections est monté à 2.200 pour la même période de 1893.

M. Ollivier croit qu'on devra en arriver à la déclaration et à la désinfection obligatoires. Pas plus que pour l'eau de Seine, on ne doit, sous prétexte de ne pas effrayer la population, lui laisser ignorer les dangers qu'elle court.

M. Lagneau montre la mortalité effrayante de la tuberculose qui cause à Paris 12.000 décès annuels. Ce chiffre correspond à un chiffre de morbidité plus effrayant encore. La désinfection obligatoire finira donc par s'imposer.

La nucléine.

M. Germain Sée étudie un médicament nouveau, la nucléine. D'abord retirée du noyau des cellules, la nucléine a pu être également extraite d'autres substances : pulpe de la rate, jaune d'œuf, caséine mal digérée. Sa caractéristique est la présence de l'acide phosphorique qui la distingue des autres albumines. C'est une poudre incolore ou jaunâtre, insoluble dans l'eau, l'alcool, soluble dans les alcalins étendus et à la longue dans l'eau bouillante. Administrée à dose de 2 à 3 gr. par jour, elle est inoffensive mais produit une augmentation considérable des globules blancs. Cette augmentation des globules phagocytiques permet d'expliquer les bons effets de la nucléine dans la pleurésie, la pneumonie et autres maladies infectieuses. M. Sée reviendra sur ces effets thérapeutiques.

Actuellement il signale une propriété diagnostique fort utile dans les tuberculoses latentes. Comme la tuberculine, utilisée par M. Nocard chez les animaux, mais que son origine empêche d'employer chez l'homme, la nucléine produit chez les tuberculeux et chez eux seuls une fièvre atteignant 40° et durant deux à trois jours, une congestion des sommets. Ces troubles sont passagers et ne sont suivis d'aucun effet nuisible. Chez l'enfant surtout qui ne crache pas la nucléine pourra servir en cas de diagnostic douteux, la recherche des bacilles étant alors impossible.

La lèpre en France.

M. Zambaco a constaté, comme il l'avait déjà fait en Bretagne, l'existence de quelques cas de lèpre types dans le pays Basque et aux environs de Montpellier. M. Pitres l'a constaté aux environs de Bordeaux, M. Money aux environs de Nice. On retrouve les mêmes preuves historiques de l'origine héréditaire de la lèpre. Chez un malade de Bretagne, M. Straus a de plus trouvé, dans un fragment de peau excisé, d'innombrables bacilles. La démonstration est donc absolue. Cette lèpre dégénérée est une véritable morphée, allant du type le plus criard de la lèpre léonine à la forme la plus fruste, la plus atténuée. Les confusions avec la syringomyélie, la maladie de Morvan sont extrêmement fréquentes. L'examen bactériologique après les biopsies permettra de les éviter.

Ces derniers vertiges de la lèpre ancienne se font de plus en plus rares. L'usage du linge et la propreté feront complètement disparaître la lèpre.

Traitement des tuberculoses chirurgicales suppurées par l'eau bouillante.

M. Jeannel (de Toulouse), dans quatre cas où l'amputation paraissait la seule ressource, a obtenu, par l' « ébouillantement » du foyer tuberculeux, deux guérisons certaines et deux améliorations. Après avoir protégé par des compresses froides les parties voisines, il plonge dans le foyer ouvert aussi largement que possible un gros tampon de ouate hydrophile trempé dans l'eau salée bouillante à 110°. Il répète cinq ou six fois cette application. On est ainsi beaucoup plus sûr qu'avec le fer rouge de porter à 100° au moins la température de toute le surface et de toutes les anfractuosités.

Candidats correspondants étrangers. — L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Bucquoy sur les titres de ces candidats. Voici la liste de classement : 1re ligne, M. Schiff, de Genève ; 2e ligne, M. Hlava, de Prague ; 3e ligne, M. Edw. Seguin, de New-York ; 4e ligne, M. Ali Hispahan, de Perse.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 5 mai 1893. — Présidence de M. Ferran.

M. Babinski. — *Contracture organique et contracture hystérique* sont, au point de vue pathogénique et clinique, deux phénomènes absolument distincts. Dans la contracture organique, le malade marche en fauchant. Les divers segments du membre supérieur sont fléchis les uns sur les autres, la main en griffe spéciale, résistant à l'extension et animée parfois d'une trépidation plus ou moins marquée ; à mesure que la main s'étend les phalanges se fléchissent. La rigidité musculaire est relativement peu accentuée, même avec des troubles moteurs intenses. Les mouvements passifs sont toujours possibles ; les réflexes tendineux, sauf dans quelques cas complexes, sont exagérés.

Dans la contracture hystérique l'attitude des membres est différente. La rigidité musculaire généralement très prononcée, les réflexes non exagérés. La contracture hystérique doit être considérée comme un état de contraction musculaire prolongée. Une contraction volontaire, pourvu quelle n'excède pas quelque durée, présente les mêmes caractères graphiques que la contraction hystérique ; celle-ci ne se distingue que par sa persistance. Le refroidissement relatif du membre tient à ce que le muscle contracturé se trouve dans un état d'équilibre. C'est parce que l'hystérique est incapable de l'acte de volonté qui peut ramener ses muscles volontairement contractés à l'état de flaccidité que la contracture persiste. La contracture est sous ce rapport analogue à la paralysie hystérique comme mécanisme ; il s'agit toujours d'individus incapables de faire passer volontairement certains muscles d'un état d'équilibre dans l'autre.

M. Chauffard présente un homme atteint de *scoliose persistante consécutive à une sciatique guérie.* Ce malade présente au plus haut point cette déformation du tronc que M. Charcot et ses élèves ont signalée comme fréquente à la suite de la sciatique. En ce cas il s'agit d'une *scoliose croisée.* La sciatique avait débuté il y a deux mois et paraît entièrement guérie. Les bains sulfureux et le massage des muscles sacro-lombaires constitueront le traitement.

M. MILLARD ayant observé une femme atteinte de varioloïde six jours après avoir été revaccinée et sans contact aucun avec des varioleux cite ce fait à l'appui de la théorie de l'*unicité du virus vaccin et du virus variolique*.

M. FAISANS rapporte plusieurs cas de malades qui, à la suite d'injections de caféine, ont été pris de délire hallucinatoire intense ayant cessé avec la cessation de l'administration du médicament. Le *délire caféinique*, comme tous les délires toxiques, s'accompagne d'hallucinations, particulièrement de la vue.

M. RAYMOND ne croit pas que la caféine, à dose thérapeutique, puisse, par elle-même, enfanter le délire. Ces malades étaient des cérébraux ou des prédisposés.

M. VARIOT relate l'observation d'un enfant de cinq ans atteint de *pleurésie purulente avec abcès de la paroi thoracique communiquant avec l'épanchement pleural*. La thoracentèse fut suivie d'un pneumothorax auquel l'enfant succomba.

M. NETTER dépose une note de M. Dupuy (de Saint-Denis) contenant la relation de *quatre cas de typhus exanthématique* observés par lui au mois de février dernier.

L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 mai 1893. — PRÉSIDENCE DE M. PÉRIER.

Accidents causés par le chlorure de zinc dans la métrite.

M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation de M. DAYOT (Rennes). Il s'agit d'une femme de 38 ans, qui, à la suite de fausses couches et d'accidents d'infection consécutifs à des accouchements difficiles (phlébites multiples), eut une métrite qui fut traitée par le chlorure de zinc. Il n'en résulta qu'une amélioration très passagère et une atrésie du canal cervical. Accidents persistants du côté des trompes. Dans ces conditions, M. Dayot fit la laparotomie et enleva les annexes. Guérison. Ce cas montre une fois de plus les dangers du chlorure de zinc. M. Picqué ajoute qu'il aurait peut-être été préférable de faire l'hystérectomie vaginale, puisque la fonction génitale était perdue.

Vomissements de la grossesse guéris par le curettage utérin.

M. PICQUÉ fait un second rapport sur une autre observation de M. DAYOT (Rennes), ayant trait à un cas de vomissements incoercibles chez une femme enceinte. Le chirurgien tenta d'abord le cathétérisme utérin; mais l'avortement n'eut pas lieu. Les vomissements s'arrêtèrent momentanément; puis ils reparurent. Curettage du col. La grossesse suivit son cours et les vomissements cessèrent complètement. Ce cas montre combien l'utérus gravide peut parfois être tolérant pour les opérations faites sur le col.

M. RECLUS. — J'ai une seule fois employé le chlorure de zinc dans le traitement de la métrite; ma malade va très bien. Mais je connais un autre fait où ce traitement a déterminé une atrésie très bizarre du col. Je vais faire l'hystérectomie vaginale à cette femme.

Œsophagotomie externe et corps étrangers de l'œsophage.

M. BERGER. — Je suis d'avis que dans les cas de corps étrangers de l'œsophage on n'est autorisé qu'à faire des tentatives d'extraction modérées; mais on est souvent entraîné un peu plus loin qu'on ne voudrait aller. D'ailleurs ces tentatives n'ont guère d'inconvénients que s'il s'agit de corps anguleux, et même il y a des dentiers de forme irrégulière qui sont avalés très facilement. J'en ai déjà cité un cas où j'ai pu suivre le corps du délit dans l'estomac, puis dans l'intestin, et où il y a eu expulsion par l'anus sans aucune intervention. Dans l'œsophagotomie externe, il me semble que le tamponnement de la plaie avec de la gaze antiseptique est suffisant dans les cas où l'on ne fait pas la suture et que point n'est besoin de drainer plus complètement. Les fistules se ferment en une dizaine de jours, si bien qu'il n'y a qu'un intérêt restreint à faire la suture de l'œsophage, surtout s'il y a infection ou possibilité d'infection de la plaie. Je crois aussi que l'œsophagotomie par une incision médiane, procédé qui consiste à passer entre la trachée et le corps thyroïde, est préférable à l'œsophagotomie avec incision latérale. Par cette voie, on s'expose à rencontrer des plexus veineux considérables. En tout cas, la recherche de l'œsophage sera toujours facilitée par l'introduction d'une sonde pourvue à son extrémité d'une grosse olive; la sonde guidera très nettement l'opérateur.

M. ANGER (Th.). — Il y a 8 ans, j'ai fait une œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage. Il s'agissait d'une vertèbre de queue de cochon arrêtée au niveau de la fourchette sternale. Je n'eus aucune difficulté à trouver l'œsophage. Guérison sans suture du conduit.

Résection tibio-péronière pour luxation tibio-tarsienne avec fracture du tibia.

M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. ROUX (de Marseille). Homme de 63 ans qui avait une luxation tibio-tarsienne en dehors avec fracture de l'extrémité inférieure du tibia. Résection du tibia et du péroné et création d'une mortaise artificielle. Guérison fonctionnelle. M. Roux est convaincu de la supériorité des procédés dans lesquels on s'efforce de modeler avec soins des surfaces articulaires. M. Chauvel ne partage pas cet enthousiasme et reproche à M. Roux d'avoir réséqué le péroné non fracturée.

Enchevillement osseux dans les fractures comminutives.

M. TUFFIER communique des observations de fractures comminutives du coude traitées par l'ouverture avec enchevillement osseux. Il cite deux cas de fractures récentes à 3 fragments de l'extrémité inférieure de l'humérus, et un cas de fracture ancienne. Les résultats sont très satisfaisants.

M. ROUTIER a été l'un des premiers à employer l'enchevillement osseux dans les fractures.

M. QUÉNU. — Dans certaines fractures anciennes du coude, il suffit parfois de faire sauter une exostose qui fait cale pour obtenir des mouvements dans l'article.

M. FÉLIZET. — Chez les enfants, les fractures du coude s'accompagnent très souvent (il en a vu 3 cas) d'exostose de ce genre se développant en avant au niveau du cartilage épiphysaire, un peu au-dessus de l'articulation, et limitant les mouvements de flexion de l'avant-bras. Il suffit de faire sauter cette production épiphysaire pour que la fonction revienne à l'état normal.

M. MONOD. — Dès 1889, M. Socin (de Bâle) faisait l'enchevillement des os dans les cas de fractures compliquées : J'ai pu m'en rendre compte par moi-même, lors de mon dernier passage dans cette ville.

M. TUFFIER appuie les remarques de MM. Quénu et Félizet.

Des essences comme antiseptiques.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Depuis quelques années j'ai cherché à supprimer de ma pratique les antiseptiques très toxiques ou ceux qui répandent une mauvaise odeur. Me basant sur les recherches de laboratoire de M. Chamberland, j'ai étudié cliniquement le pouvoir antiseptique des essences, en particulier de l'essence de cannelle, qui est connue depuis longtemps pour ses qualités désinfectantes. D'après M. Chamberland, c'est en effet un antiseptique aussi puissant que le sublimé. Au début, j'ai eu des ennuis qui tenaient à ce que l'essence était irritante. J'ai essayé de tourner la difficulté en dissolvant l'essence dans du rétinol, antiseptique très doux qui se retire de la colophane, et j'ai réussi à avoir un produit (que M. André a appelé le *Cinamol*) parfaitement utilisable. Le pouvoir antiseptique de l'essence de cannelle de Chine paraît se conserver encore mieux si on ajoute au mélange du naphtolate de soude. Les résultats obtenus dans le pansement des plaies ont été très remarquables. J'ai essayé aussi d'autres essences : Essence d'origan, de géranium, de verveine, etc. Ces diverses essences ont meilleure odeur et sont peu irritantes. Aussi peut-on utiliser comme topique un mélange de ces différents produits et obtenir un antiseptique très doux et très actif à la fois. L'essence de cannelle est absorbable; on la retrouve dans l'urine. Mais pour qu'elle puisse être tolérée par l'estomac, il faut qu'elle soit dissoute. Dans ces conditions, elle est éliminée très facilement.

M. Chaput présente la malade chez laquelle il a fait la *greffe intestinale de l'uretère*.

M. Quénu montre un malade chez lequel il a pratiqué une *autoplastie de la voûte palatine* par un procédé particulier.

M. Hartmann présente une malade qui a subi *l'ablation de la rate* au cours d'une péritonite suraiguë.

M. Monod présente une pièce très intéressante d'*hydronéphrose intermittente*. On y voit nettement la *coudure de l'uretère* resté perméable et accolé à la face externe du bassinet, coudure caractéristique décrite par MM. Terrier et Marcel Baudouin.

M. Tuffier presente un *rein tuberculeux*.

Elections. — M. Michaux est nommé membre titulaire de la Société de Chirurgie. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 10 mai 1893. — Pésidence de M. Hallopeau.

M. C. Paul lit le mémoire qu'il a déjà présenté à l'Académie de médecine sur la *neurasthénie et son traitement par la transfusion nerveuse*.(Voir Académie de Médecine, séance du 25 avril 1893.)

M. Huchard fait une communication sur la *neurasthénie et son traitement*. Il se défend tout d'abord de vouloir mettre en cause M. C. Paul. Dès 1882 et 1883, M. Huchard a étudié la neurasthénie et en a, le premier en France, publié la description dans le traité des névroses La neurasthénie est difficile à guérir; aussi a-t-on employé dans ce but les médicaments les plus divers. Souvent elle se développe sur un fond arthritique qu'il faut avant tout modifier. Ce qu'il y a de particulier dans cette maladie, c'est l'état mental des neurasthéniques dont la caractéristique est la suggestibilité excessive à l'état de veille ; aussi doit-on joindre au traitement médicamenteux un traitement moral. Comme traitement médicamenteux, M. Huchard s'est bien trouvé das injections de phosphate de soude, déjà mises en pratique par Luton, et de celles d'huile camphrée, suivant l'exemple d'Alexander. Le traitement moral consiste dans l'isolement à la campagne, comme le conseillaient Weir-Mittchel et Playfair. La neurasthénie est souvent due au surmenage de la vie mondaine dans les grandes villes ; c'est la *malaria urbana* qui frappe surtout les femmes du monde. On doit donc conseiller le séjour à la campagne, mais non dans une station où les malades retrouvent une réédition de la vie urbaine. Cette sorte d'isolement produit les meilleurs résultats là même où la plupart des traitements médicamenteux ont échoué. Dans la neurasthénie, le mot de Tissot est amplement justifié: là souvent *le meilleur remède consiste à n'en donner aucun*. J. Noir.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 20 avril 1893. — Présidence de M. Salmon.

M. Paul Raymond fait une communicatlon sur la *station préhistorique de Salazac* (Gard). Le département du Gard est riche en objets des époques paléolithique et néolithique. Cependant les stations proprement dites y paraissent être plus rares, et celle dont il s'agit ici se trouve dans l'arrondissement d'Uzès, à cheval en quelque sorte sur les communes de Salazac et de Saint-Julien-Peyrolas. Cette station s'étend sur une grande distance et contient des objets de très inégale valeur suivant le degré de leur dégrossissement. Il y a là, appartenant à l'époque moustérienne, de nombreux disques, racloirs et couteaux dont la plupart sont brisés.

M. Henry Morau étudie *le culte phallique dans l'Inde* que les Védas exposent, à sa création, dans l'antiquité la plus reculée, sous le nom de Lingam-Yoni. Ce culte fut pratiqué dans l'Inde bien avant de l'être au Mexique ainsi que la communication de M. Claine le suggère. Pour expliquer le contraire, il faudrait recourir à deux hypothèses dont la première, celle de l'importation, est inadmissible et diminuerait en tous cas singulièrement la gloire de Christophe Colomb. La seconde, admettant la naissance spontanée du culte, est plus probable. La reproduction des êtres, avec ses mystères physiologiques, est essentiellement apte à frapper l'imagination des peuples et il n'est pas étonnant qu'ils rendent au phallus le culte élevé auquel il a droit.

M. Regnault présente une série de pièces relatives au même culte dans le même pays.

M. A. Viré a étudié la *plage quaternaire des environs Lion-sur-Mer*. Une falaise à proximité de cette localité présente, dans sa coupe géologique, un niveau de diluvium contenant probablement des objets préhistoriques ainsi qu'en témoignent quelques débris recueillis. Par la détermination du niveau jusqu'à la mer et l'étendue de cette formation quaternaire, on aurait un moyen de calculer le recul de la falaise depuis cette époque : étude qu'il serait intéressant à entreprendre.

M. Regnault analyse une étude de M. Michaud *sur les Aïnos*.

MM. Hovelacque et Hervé continuent leurs recherches intitulées : *Influence des enfants assistés du département de la Seine sur la population du Morvan*. Nous reviendrons prochainement sur ce travail très important, qui a déjà fait l'objet de plusieurs communications spéciales de leurs auteurs.

Séance du 4 mai 1893. — Présidence de M. Salmon.

M. G. de Mortillet, en présentant un travail sur l'*âge du bronze*, refute l'opinion des archéologues allemands d'après laquelle cet âge n'aurait pas existé en France. Il rappelle entre autres que M. Chantre a compté plus de 20,000 pièces de cette époque se rappertant à notre territoire.

M. de Baye rapporte des documents nouveaux du *gisement préhistorique de San Isidoro* près de Madrid. Les pièces nouvelles récoltées sont de la forme dite chelléenne et comprennent une très belle hache en quartzite. Il semble que les objets des époques successives se trouvent mélangés dans ce gisement qui demande une étude plus détaillée, étant très riche et intéressant. Les haches en quartzite sont rares, mais on en a trouvé quelques autres. Dans la couche supérieure du gisement on a recueilli des instruments chelléens et moustériens.

M. G. de Mortillet constate que la première pièce en quartzite trouvée dans ce gisement appartient au musée de Saint-Germain. La hache présentée est la première en quartzite, les autres sont toutes en silex. Les Espagnols ont à San Isidoro une mine inépuisable qu'ils n'exploitent point suffisamment. Ils n'en possèdent au musée de Madrid que quelques pièces. On peut constater dans ce gisement 3 niveaux : le chelléen, le moustérien et le petit moustérien. Les pièces des couches inférieures sont en silex et si au sommet on trouve du quartzite, on peut se rappeler un fait géologique applicable au bassin dela Garonne. Dans cette région les quartzites se trouvant au sommet des plateaux sont recueillis à l'état de cailloux roulés par les torrents au fond des vallées creusées à l'époque quaternaire. La hache de M. de Baye est précisément taillée dans un de ces cailloux roulés en quartzite.

MM. Capitan et Jamin présentent le résultat de leurs fouilles dans l'*atelier mésolithique des Hogues* à Yport (Seine-Inférieure). Ils ont recueilli des grattoirs, des racloirs, etc., à formes variées et intermédiaires entre le paléolithique et le néolithique, d'où le terme de mésolithique proposé par M. Hervé. Certaines pièces accusent des réminiscences de types anciens. Les haches polies sont très rares. L'industrie est grossière avec quelques types semblant indiquer le début de la pierre polie.

M. Diégo fait une communication sur une *anomalie du biceps*. Il a trouvé sur son sujet les deux chefs supérieurs du muscle profondément ouverts. Un tendon charnu part de l'un d'eux pour aller rejoindre le grand pectoral. Un autre faisceau musculaire joint le corps du biceps au brachial antérieur. Des cordons analogues ont été signalés déjà par MM. Chudzinski et Pozzi. Les seuls rapprochements qu'on peut faire de cette anomalie le sont avec les singes anthropomorphes et plus spécialement le gorille.

M. Hervé fait remarquer a ce sujet que le gibbon cendré présente, d'une façon constante, le rattachement par un cordon au grand pectoral.

M. Regnault a étudié, au point de vue comparatif, *la forme et la grosseur des dents* chez les grands singes et les races

humaines. Il a trouvé que des différences notables existent entre les races humaines. Tandis que chez le gorille, par exemple, les incisives, vues de face, présentent une forme triangulaire, chez l'homme blanc supérieur, cette forme est plutôt rectangulaire. Par contre, les races nègres inférieurs se rapprochent, sous ce rapport, des anthropomorphes. L'obliquité des bords, qu'on peut exprimer par des chiffres figurant des proportions de largeur à différents niveaux, est plus prononcée chez le nègre que chez le blanc. De 2.5 mm. chez le nègre, la largeur à la base n'est que de 1.5 mm. chez le blanc. L'utilité de cette forme et de cette grosseur est évidemment en rapport avec la facilité du broiement des aliments.

M. Regnault continue la lecture du mémoire de M. Gaubert intitulé : « *Etude médicale et anthropologique sur la Corse.* »

G. Capus.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 10 mai 1893. — Présidence de M. Brouardel.

M. Henri Monod a rendu compte de la *situation sanitaire à l'intérieur*.

Choléra. — Il annonce que dans le Morbihan on a signalé, du 1er au 7 mai, 28 cas et 12 décès cholériques répartis entre onze communes, et que, dans la Vendée, il s'est produit, jusqu'au 4 mai, douze décès cholériformes, dont sept aux Sables-d'Olonne (1). Le délégué du Ministre de l'intérieur, M. le docteur Boquel, s'est rendu à l'île d'Yeu. Il a télégraphié, le 7 mai, qu'il a trouvé à l'hôpital 3 malades, signalés comme atteints de diarrhée cholériforme, tous trois en voie d'amélioration. Aucun cas nouveau n'était signalé depuis quarante-huit heures. Les mesures de désinfection sont bien prises.

Aux Sables-d'Olonne, 5 nouveaux cas, 1 décès. Dans le Finistère, du 1er au 7 mai, 6 cas et 4 décès se sont produits à l'asile Saint-Athanase. Il ne reste qu'un malade en traitement. A Quimper, 11 cas, 7 décès, depuis lundi dernier. Pas de cas nouveau. Restent trois malades en traitement.

Une épidémie de *fièvre typhoïde* a été signalée dans la commune de Pionnat, village de Bautardeix (Creuse). M. le docteur Villard, médecin des épidémies, a envoyé au laboratoire du comité des échantillons de l'eau bue dans le village. A Gravelines (Nord), une légère épidémie de fièvre typhoïde, aujourd'hui terminée, a été signalée dans la garnison. La caserne a été évacuée. Les militaires occupent des baraquements. La population civile n'est pas atteinte. Au Bosc-Bordel (Seine-Inférieure), on a enregistré deux décès par fièvre typhoïde. Le docteur Pusac, médecin des épidémies, s'est assuré que les mesures de prophylaxie étaient prises. On croyait la maladie enrayée lorsqu'un nouveau décès s'est produit. Le médecin des épidémies a été renvoyé sur les lieux.

La situation du *typhus exanthématique* est toujours stationnaire : une ou deux entrées par jour à l'Hôtel-Dieu annexe. Quelques cas dans la prison de Beauvais, où des tentes vont être placées dans le chemin de ronde, afin d'empêcher la transmission.

L'épidémie de *diphtérie* signalée à Châteauroux paraît avoir disparu.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE.

Séance du 1er mai 1893. — Présidence de M. Lagrange.

M. Parinaud. — *Indications dans le traitement du strabisme.* — Nous envisagerons les indications du traitement : 1° dans le strabisme convergent; 2° dans le strabisme divergent ; 3° dans le strabisme supérieur et inférieur concomitant.

1° *Strabisme convergent.* — On ne doit pas opérer un strabisme convergent hypermétropique sans avoir au préalable essayé le traitement dioptrique par correction de l'amétropie. L'indication est d'autant plus formelle que l'hypermétropie est plus forte et le strabisme moins ancien. Alors même qu'il est insuffisant, le traitement dioptrique peut nous fournir des renseignements.

(1) Voir plus loin, p. 373, nos renseignements particuliers sur l'épidémie cholérique en Vendée. (M. B.)

Trois éventualités peuvent se produire dans le traitement par les verres :

a) Si le strabisme disparaît immédiatement ou après quelques jours, tout en se reproduisant dès qu'on enlève les lunettes, la guérison par le seul traitement optique est certaine, mais la durée de ce traitement peut être plus ou moins longue. La guérison définitive, c'est-à-dire celle qui persiste malgré la suppression des verres, se produit quelquefois rapidement au moment de la croissance.

b) Si le redressement des yeux sous l'action des verres est seulement partiel, la guérison est encore possible par le seul traitement optique, mais elle est incertaine. En tout cas, la déviation ne peut que diminuer avec le temps. Le traitement optique doit être continué au moins pendant cinq ou six mois si le sujet est jeune. S'il n'y a pas de tendance à la guérison, on doit opérer.

c) Si les verres, après quelques mois d'essai, ne donnent aucun résultat, on doit opérer.

Les instillations périodiques d'atropine sont le seul moyen à employer chez les très jeunes sujets, au-dessous de quatre ans, qui ne sont pas en état de porter des lunettes. On pourra ainsi attendre le moment opportun pour l'opération ou l'usage des verres. L'atropine instillée périodiquement dans un seul œil peut être utile pour favoriser l'alternance et empêcher le développement de l'amblyopie.

Le redressement des yeux est facilité dans certains cas par la combinaison avec les verres convexes de prismes à base temporale dont on diminue progressivement la force.

Les exercices stéréoscopiques ou autres, ayant pour but de solliciter la vision binoculaire et le fusionnement, sont utiles pour hâter et consolider la guérison. Ils devront être faits d'abord avec les verres correcteurs puis sans les verres, quand l'amétropie n'est pas trop forte. Si l'amétropie n'existe pas ou si elle a un rôle secondaire, les exercices stéréoscopiques sont encore utiles, surtout quand le strabisme est récent, quand il n'a pas complètement perdu le caractère périodique et que la diplopie s'obtient facilement. Lorsque l'amblyopie est prononcée, lorsque l'œil dévié ne se redresse pas franchement pour fixer quand on couvre l'œil sain, lorsque le champ visuel est altéré, nous n'avons rien ou peu de chose à attendre de ces exercices.

Dans le strabisme convergent périodique on doit, sauf de rares exceptions, s'abstenir d'intervention chirurgicale. Cette variété de strabisme guérit presque toujours, soit spontanément, soit par le traitement optique.

D'une manière générale, dans le strabisme convergent, il faut demander d'autant moins à la ténotomie que le sujet est plus jeune, l'affection moins ancienne et la rétraction fibreuse moins prononcée.

Avant de procéder à une opération, il faut toujours nous renseigner sur l'existence et le degré de rétraction des tissus périoculaires. Nous avons pour cela plusieurs moyens. D'abord l'exploration du champ de regard sur l'importance de laquelle Schnellen et Landolt ont avec raison insisté. Mais les modifications de l'arc excursif des mouvements n'ont pas la signification que ces auteurs lui ont attribuée. Quand l'abduction est limitée dans le strabisme convergent, ce n'est pas précisément parce que le muscle droit externe est affaibli, c'est à cause des obstacles que la rétraction fibreuse oppose à son action. Ces modifications de l'arc excursif des mouvements n'ont de signification que lorsqu'elles sont bien accusées ; il faut tenir compte des différences individuelles et de celles qui sont en rapport avec l'amétropie.

Dans les strabismes légers et surtout sans rétraction, la ténotomie est tout indiquée, mais lorsque nous devons demander à une seule opération un effet supérieur à 20 ou 25 degrés, il faut bien combiner la ténotomie avec l'avancement musculaire, ou mieux, avec l'avancement capsulaire. Ce n'est pas que l'on ne puisse obtenir de la tétonomie seule un effet supérieur à 25 degrés, mais ce serait au prix d'une insuffisance musculaire trop prononcée. L'avantage de l'opération combinée ne réside pas seulement dans la possibilité d'obtenir un effet plus considérable, mais aussi d'obtenir un même effet en atténuant les inconvénients de l'insuffisance musculaire.

Dans les strabismes anciens où l'amblyopie est très pronon-

cée, la vision binoculaire irrémédiablement perdue et les phénomènes de rétraction très accusés, nous n'avons pas tant de ménagements à garder. Nous sommes autorisés à opérer plus largement sans avoir à craindre les effets ultérieurs de l'insuffisance musculaire. Il faut débrider la capsule d'après les principes que j'ai posés, c'est-à-dire en s'éloignant plus ou moins de la cornée et en pratiquant la section en haut et en bas dans une direction perpendiculaire au muscle. Si l'on combine la ténotomie ainsi faite avec l'avancement ou les ligatures capsulaires, on peut obtenir un redressement de 30, 40 degrés et même davantage par une seule opération, dans des cas où, je le répète, une ténotomie ordinaire n'eût presque rien donné.

Le débridement capsulaire est contre-indiqué dans le cas où le degré de la déviation est très mobile et la nature purement nerveuse du strabisme bien caractérisée. Ce n'est pas qu'il ne puisse donner des résultats dans les strabismes de cette nature, où l'on obtient quelquefois beaucoup avec peu de chose, mais ces résultats sont incertains, et la ténotomie est préférable.

On a beaucoup discuté la question de savoir à quel âge il convient d'opérer le strabisme convergent qui, en général, se développe de bonne heure, quelquefois immédiatement après la naissance. Il n'y a pas, à proprement parler, d'âge plus ou moins favorable pour l'opération : cela dépend des cas. L'indication générale est de corriger la déviation le plus tôt possible, par un moyen quelconque, afin de prévenir le vice de développement de l'appareil visuel, l'amblyopie, la perte définitive de la vision binoculaire. Mais, d'autre part, il y a des circonstances où il faut temporiser.

Toutefois, lorsque le traitement optique est inapplicable ou inefficace, je suis d'avis d'opérer le plus tôt possible, même avant l'âge de deux ans, sous cette réserve, que plus l'enfant est jeune moins il faut rechercher une correction totale immédiate. Chez les très jeunes enfants, il faut pratiquer une ténotomie avec reculement modéré, sans se préoccuper du degré de redressement et attendre un an ou deux l'effet de cette opération. On en pratiquera une seconde sur l'autre œil si cela est nécessaire.

2° *Strabisme divergent.* — Le traitement optique est beaucoup moins efficace dans le strabisme divergent que dans le convergent. Il ne sera utile que tout à fait au début, lorsque l'affection est à l'état de strabisme latent, et dans quelques cas de strabisme périodique.

Le strabisme divergent fixe, de si faible degré qu'il soit, n'est justiciable que du traitement chirurgical. L'opération sera même nécessaire dans la plupart des cas de strabisme périodique.

Le fait dominant qui distingue le traitement chirurgical du strabisme divergent, c'est que, pour une même opération, l'effet est en général moindre que dans le strabisme convergent.

Si l'avancement de la capsule remplace avantageusement celui du muscle dans le strabisme convergent, je ne crois pas qu'il conserve la même supériorité dans le strabisme divergent, où il y a tout intérêt à utiliser l'accroissement de force qui donne le déplacement de l'insertion musculaire.

Lorsque la déviation fixe dépasse 15 à 20 degrés, l'opération de choix est donc l'avancement du muscle interne combiné avec le reculement de l'externe, et lorsque cette déviation dépasse 30 degrés, on sera le plus souvent obligé d'opérer les deux yeux.

3° *Strabisme supérieur et inférieur.* — Le strabisme exclusivement supérieur ou inférieur est toujours de nature paralytique : nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Dans le strabisme concomitant, surtout dans le convergent, il peut arriver que la déviation horizontale s'accompagne d'un certain degré de déviation en haut. Quand le strabisme n'est pas trop ancien, il n'y a pas lieu de s'en occuper ; la déviation verticale disparaît avec la correction de la déviation horizontale. Quand le strabisme est très ancien, au contraire, la déviation supérieure peut être entretenue par la rétraction fibreuse, tout comme la déviation horizontale, et il y a lieu d'en tenir compte dans le traitement.

Dans les faibles degrés, on pourra y remédier en débridant plus largement la capsule en haut qu'en bas. Lorsque la déviation verticale persiste après la correction du strabisme convergent ou divergent, il y a lieu de faire une ténotomie du droit supérieur.

M. DE WECKER. — M. Parinaud dit qu'il semble que, dans mon dernier travail, j'ai modifié mon procédé et que ces modifications consistent en ce que je « n'attache pas une grande importance à l'étendue de l'excision et du dégagement de la capsule ; la simple incision conjonctivale suffit. » Evidemment, si une incision conjonctivale suffit, je n'excise pas la capsule, et, de fait, jamais je n'ai parlé de l'exciser.

Pour faire les boutonnières que je décris, on incise la capsule et on n'en excise aucune partie. Actuellement, j'incise simplement la conjonctive « pour mettre à jour le terrain opératoire, » mais j'ai bien soin de ne soulever que la conjonctive et de ne pas inciser à la fois la capsule, ce que je ne fais que pour les boutonnières.

Un second point sur lequel je désire m'entendre avec M. Parinaud, c'est que, suivant lui, l'avancement capsulaire « peut agir à la manière des sutures de de Græfe et de Knapp. » Evidemment, il le peut, mais certainement il ne le doit pas. Pour agir comme de Græfe et Knapp le désiraient en plaçant leur fil, il faut obtenir une rotation forcée du côté opposé au tendon détaché ; sans cela, le but est manqué. Dans mon dernier travail, j'ai expressément soutenu « que j'évite une rotation quelque peu accusée de l'œil en dehors et, dès que celle-ci atteint 5 degrés, je m'empresse de reprendre le muscle détaché dans une suture. » Ce n'est donc pas, bien sûrement, par un reculement forcé, tel que le recherchent de Græfe et Knapp avec leurs sutures, que je me propose d'agir.

M. Parinaud pense encore que « le plissement définitif du tendon ou du muscle reste à démontrer. M. Kalt, dont l'attention s'est portée sur ce point, n'a jamais pu le prouver dans ses expériences sur les animaux. » Tout d'abord ces expériences ne peuvent pas être systématiquement rapportées à l'homme, et le peu de résistance du tissu musculaire qu'invoquent M. Kalt et, avec lui, M. Parinaud, n'entre pas ici en jeu.

Mes confrères oublient une chose, c'est que je passe mes fils, après avoir bien dégagé, avec les ciseaux fermés, la capsule, à travers le corps du muscle ; mais que, pour traverser celui-ci, il me faut aussi les passer à travers la capsule sur laquelle s'étend le muscle. C'est cette portion sous-musculaire de la capsule qui supporte la traction et qui se plisse, et ce n'est évidemment pas la partie peu résistante du tissu musculaire même. « Ce n'est pourtant pas le tissu musculaire qui donne cette résistance, » dit M. Parinaud. Certainement non, mais si celui-ci, pour ce qui le concerne, préfère prendre « soit la gaine, soit l'épaississement périmusculaire de la capsule, » il m'accordera que si je pousse encore plus loin mes aiguilles pour glisser sur la capsule et ressortir au milieu du muscle, je dois être encore plus sûr d'obtenir « à la manière des sutures de Gaillard, une rétraction cicatricielle. » Est-ce que ceux qui reprochent au muscle d'être si peu résistant éprouvent la même crainte lorsqu'ils font un avancement musculaire ? Croient-ils alors qu'avec leurs fils ils saisissent uniquement le muscle, et n'est-ce pas plutôt la capsule sous-musculaire qui leur fournit le point de résistance nécessaire à la greffe en avant du tendon qu'ils se proposent d'obtenir ? Leur fait-on à eux le reproche que le muscle, qui était un ancien strabisme secondaire et souvent atrophié au plus haut degré, puisse manquer de résistance ? Pourtant, là encore, la traction est bien plus directement appliquée sur le muscle, comme le dit M. Parinaud, et je n'ai pas besoin d'enlever ces sutures, à cause d'un excès de sensibilité, avant les huit jours réglementaires.

Il m'est arrivé, lorsque je détachais encore amplement le muscle antagoniste, d'avoir une surcorrection définitive, qui réclamait, du côté où l'avancement capsulaire avait été pratiqué, une ténotomie. J'ai profité de cette occasion pour me rendre compte de ce que l'opération première avait modifié à l'entour de l'insertion du muscle. Nul doute qu'il ne s'agisse d'un véritable plissement de la capsule et du muscle qui est forcé de suivre la capsule dans ce mouvement de rétraction cicatricielle. Cette constatation *in anima vili* vaut bien l'expérience sur le lapin ou le chien.

Un dernier point me reste à discuter. Je ne comprends pas pourquoi l'avancement capsulaire serait inférieur à l'avance-

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

TARIF DES ABONNEMENTS RÉUNIS

Du *PROGRÈS MÉDICAL* et des *ARCHIVES de NEUROLOGIE*

Paris et Département de la Seine	**35 fr.**	**au lieu de**	**40 fr.**
France	**37 fr.**	—	**49 fr.**
Etranger	**39 fr.**	—	**44 fr.**

Sommaire du n° 75

ment musculaire, qui, lui, joindrait à l'action mécanique « un effet dynamique. » Je ne reconnais à l'un et à l'autre des deux procédés qu'une action mécanique, et je soutiens que dans l'un et l'autre cas cette action mécanique découle du plissement et de l'avancement *capsulaire* et que l'avancement tendineux n'y intervient pour rien.

Je puis cependant me tromper sous ce rapport, mais ce qui n'est pas discutable, c'est que l'avancement capsulaire ne le cède en rien comme action curative à l'avancement musculaire. Les plus fortes déviations que l'on rencontre dans les strabismes secondaires et paralytiques atteignant 60 et 70 degrés sont corrigées par l'avancement capsulaire.

M. Landolt (de Paris). — Ce que je veux relever surtout dans le rapport de M. Parinaud, c'est que nous ayons eu, d'après lui, jusqu'en automne 1891, une conception fausse du strabisme et que ce soit lui qui nous ait tiré de cette fâcheuse erreur.

Mais déjà bien avant lui la théorie musculaire du strabisme n'était plus admise dans toute sa plénitude et son sens absolu ; j'ai relu les notes que j'ai prises en 1868 aux leçons de Horner, et je n'ai rien trouvé qui permette de croire que nous fussions restés dans cette erreur.

D'ailleurs, dans un rapport que j'ai présenté au Congrès international de 1888 sur le strabisme, je cherche en vain trace de cette théorie étiologique de l'incongruence des rétines, que M. Parinaud m'attribue. Par contre, on trouve dans mon rapport, comme cause primitive du strabisme, les troubles de la vision binoculaire, les rapports entre la convergence et l'accommodation, l'altération des centres qui régissent les mouvements symétriques des yeux, et enfin je mentionne tout spécialement le strabisme d'origine centrale.

Passant au côté thérapeutique du rapport actuel, nous y voyons que M. Parinaud tend à accorder la plus grande place à la ténotomie comme remédiant au trouble d'innervation, et n'exposant pas à une insuffisance musculaire redoutable. Nous savons cependant que Krenchel a fait remarquer que la ténotomie exerce un effet affaiblissant, non seulement sur le muscle reculé, mais sur l'antagoniste. Aussi, l'évitons-nous autant que possible, cette opération qui a pour effet de faire sortir le globe de son entonnoir musculaire.

Nous préconisons l'avancement du muscle, et non seulement du muscle, mais aussi de tout ce qui l'entoure, capsule de Tenon, tissu sous-conjonctival, conjonctive.

(*A suivre*). E. Koenig.

VARIA

Congrès annuel des Médecins aliénistes et Neurologistes de France et des pays de Langue française.

Session de La Rochelle, 1893.

Le Congrès annuel des Médecins aliénistes de France et des pays de Langue française se réunira à La Rochelle du 1er août au 6 août 1893. Le Congrès discutera spécialement les questions suivantes :

1° *Pathologie :* « Des auto-intoxications dans les maladies mentales. » Rapporteurs : MM. les Drs Régis et Chevalier-Lavaure ; — 2° *Médecine légale :* « Des faux témoignages des aliénés devant la justice. » Rapporteur : M. le Dr Cullerre ; — 3° *Législation et administration :* « Des Sociétés de patronage des aliénés. » Rapporteur : M. le Dr Giraud.

Les rapports sur ces questions seront adressés en temps utile aux adhérents. Des séances spéciales seront réservées aux communications particulières. Les personnes qui se proposent de participer aux travaux du Congrès de La Rochelle sont priées d'adresser leur adhésion et leur cotisation à M. le Dr H. Mabille, médecin en chef, directeur de l'asile de Lafond (La Rochelle) et de vouloir bien faire connaître, le plus tôt possible, le titre de leurs communications ou leur intention de prendre part à la discussion des questions générales indiquées ci-dessus. Le montant de la cotisation est de vingt francs.

Journaux d'Electrothérapie.

La préface placée par M. le Pr Gariel en tête du premier numéro des *Archives d'électricité médicale* a donné lieu, de la part de M. le Dr L. Danion, rédacteur de l'*Electrothérapie*, à un article critique intéressant où nous trouvons le passage suivant :

« J'ai fondé le PREMIER journal d'électrothérapie qui ait existé en France et à l'*étranger*, il y a de cela cinq ans révolus. »

N'en déplaise à M. L. Danion, son journal n'est pas le premier en date. Nous avons reçu autrefois et pendant plusieurs années un journal belge intitulé : *Annales de l'électricité médicale*, créées le 1er avril 1860 par M. le Dr van Holsbeck. On peut en trouver l'indication sur la couverture du *Compendium d'électricité médicale*, publié par ce médecin, en 1868, à la librairie Delahaye. Dr Freeman.

Le Choléra en Vendée.

Voici quelques renseignements sur l'épidémie cholérique en Vendée : « Tout fait prévoir la fin prochaine de l'épidémie, tant à l'île d'Yeu qu'aux Sables-d'Olonne. Des ordres formels ont été donnés pour que les bords de la plage des Sables soient tenus très propres. Un projet d'égout collecteur est à l'étude ; ce collecteur recevra les eaux ménagères et les conduira à la Roche-Pie, au large du phare d'entrée de port. On répare les puits perdus actuellement existants. On a signalé des cas très douteux à Olonne, au Château-d'Olonne, à la Boissière-les-Landes. Très probablement, il ne s'agit là que de diarrhées cholériformes. »

Réformes hospitalières.

Dans son numéro de novembre dernier, le *Praticien* publie un article intéressant sur certains abus constatés dans les hôpitaux et termine par les conclusions suivantes :

1° Réserver l'hôpital absolument aux indigents ou aux personnes ne *pouvant se soigner chez elles*, ce qui serait constaté. — 2° Ne recevoir de même aux consultations externes (Saint-Louis, Quinze-Vingts, Hôtel-Dieu, etc.) que les indigents, sauf les cas d'urgence. — 3° Payer les médecins suffisamment pour qu'on puisse, comme dans un grand pays voisin, leur demander de ne pas faire de clientèle. — 4° Limiter le temps, dix ans au plus, pendant lequel on serait médecin d'hôpital. — 5° Ramener les hôpitaux à leur destination primitive d'asile d'indigents malades ou souffreteux. — 6° Faire passer tous les futurs médecins par l'externat et l'internat dont le temps devra être de beaucoup réduit.

Que tout le monde, dans les hôpitaux, fasse son devoir en ce qui le concerne, et la plupart des abus disparaîtront bien vite.

Association française pour l'avancement des sciences.

Subventions pour 1892.

Nous rappelons aux intéressés que les demandes de subventions doivent être adressées au Secrétariat avant le 1er décembre. Le Conseil d'administration a décidé qu'il ne serait donné aucune suite aux demandes parvenues après cette date, délai absolument de rigueur. Les demandes doivent fixer la somme nécessaire et le travail auquel elle est applicable.

Les subventions suivantes ont été votées par le Conseil, dans la séance du 15 février, sur l'exercice 1892 :

MM.

Le Dr Amans, docteur ès sciences, à Montpellier : pour ses études de mécanique animale. (*Subvention de la ville de Montpellier*). . . . . Fr.	300 »
Mergier, préparateur à la Faculté de Médecine de Paris : pour la mesure de la résistance électrique du corps humain à l'état physiologique et pathologique.	400 »
Henry (Charles), maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, à Paris : pour ses recherches sur les mesures photométriques.	200 »
Londe, chef du service photographique à la Salpêtrière, à Paris : pour des études de photochronographie.	500 »
Angot, météorologiste titulaire au Bureau central météorologique de France : pour continuer des travaux sur la photographie des nuages	500 »
Belloc (Emile), naturaliste, à Paris : pour ses recherches sur la faune lacustre des Pyrénées. (*Subvention Benjamin Brunet*).	1.000 »
Bigot, chargé de cours à la Faculté des Sciences de Caen : pour aider à la publication d'un travail sur la faune jurassique de Normandie	300 »
Magnin, professeur adjoint à la Faculté des Sciences de Besançon : pour l'exploration des grands lacs jurassiques	200 »
Géneau de Lamarlière, au laboratoire de biologie végétale, à Avon : pour ses recherches sur les Ombellifères	250 »
Mesnard, préparateur au laboratoire de botanique de la Faculté des Sciences de Paris : pour ses études sur le mode de production du parfum dégagé par les huiles essentielles.	200 »

DOUMERGUE, professeur au Lycée d'Oran : pour poursuivre ses recherches de botanique des hauts plateaux oranais . . . . 500 »
GAIN, professeur d'histoire naturelle à l'Institut commercial, à Paris : pour la construction d'un appareil enregistreur de la température des sols à différentes profondeurs. . . . . 150 »
LESAGE, docteur ès sciences, préparateur à la Faculté des Sciences de Rennes : pour continuer ses études sur l'influence comparée des chlorures de sodium et de potassium sur les plantes. . . . . 300 »
OGER, licencié ès sciences naturelles, à Courdemanche : pour ses études sur l'influence du sol humide sur la structure des végétaux . . . . 150 »
HEIM, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris : pour ses recherches sur les Diptérocarpées. . . . . 500 »
ACADÉMIE DES BELLES-LETTRES, SCIENCES ET ARTS DE LA ROCHELLE (section des Sciences naturelles) : pour aider à la publication de la *Flore de France,* de MM. Foucaud et Rouy. . . . . 250 »
MALAQUIN, préparateur à la Faculté des Sciences de Lille : pour ses recherches sur les Syllidiens. *(Subvention de la Ville de Paris)* . . . . 400 »
PIZON, professeur d'histoire naturelle au Lycée de Nantes : pour ses recherches sur un groupe d'Ascidiés. . . . . 400 »
Le Dr LIVON, directeur de l'École de Médecine de Marseille : pour ses études sur la physiologie de l'intestin. . . . . 400 »
MOREL (Léon), archéologue, à Reims, pour aider à la publication de la *Champagne souterraine*. . . . . . 250 »
DARBAS, à Saint-Martory : pour ses fouilles des abris préhistoriques de Montpezat. . . . . 200 »
SOCIÉTÉ D'ÉTUDE DES SCIENCES NATURELLES DE NIMES : pour aider à la publication d'une carte préhistorique du Gard. *(Subvention de la Ville de Montpellier)*. . . . . 300 »
Le Dr NEPVEU, professeur à l'École de médecine de Marseille : pour ses recherches sur le paludisme. . . 250 »
Le Dr REGNAULT (Félix), à Paris : pour des expériences sur la transmission du cancer. . . . . 300 »
TURQUAN, chef du bureau de la Statistique générale de la France au Ministère du Commerce : pour ses études statistiques sur la natalité et le nombre d'enfants par départements, arrondissements et communes. . . 500 »
BOURSES DE SESSION et MÉDAILLES offertes aux capitaines au long cours. . . . . 500 »
Planches, cartes et travaux de gravure insérés dans le volume 4.752 25

TOTAL. . . . Fr. 14.152 25

Académie royale des Sciences, des Lettres et des Beaux-Arts de Belgique.

Classe des Sciences.

Programme de Concours pour 1894.

Sciences mathématiques et physiques. — 1° Exposer et discuter les diverses théories mises en avant pour expliquer la diffusion d'un liquide dans un autre liquide ; apporter de nouveaux faits à l'appui de l'appréciation de ces théories. — 2° Faire l'exposé et la critique des diverses théories proposées pour expliquer la constitution des solutions. Compléter, par des expériences nouvelles, nos connaissances sur cette question, surtout en ce qui concerne l'existence des hydrates en solution dans l'eau.

Sciences naturelles. — 1° On demande des recherches nouvelles au sujet de l'intervention de la phagocytose dans le développement des invertébrés. — 2° On demande la description des minéraux phosphatés, sulfatés et carbonatés du sol belge. On ajoutera l'indication des gisements et celle des localités. — 3° On demande de nouvelles recherches sur le système nerveux périphérique de l'Amphioxus et, en particulier, sur la constitution et la genèse des racines sensibles. — 4° On demande de nouvelles recherches sur le mécanisme de la cicatrisation chez les végétaux.

La valeur des médailles d'or, décernées comme prix, sera de six cents francs pour chacune des questions. Les mémoires devront être écrits lisiblement et pourront être rédigés en français ou en flamand. Ils devront être adressés, francs de port, à M. le secrétaire perpétuel, au palais des Académies, avant le 1er août 1894.

Prix fondé en mémoire de Jean-Servais Stas, ancien membre de la Classe des sciences de l'Académie. — Une somme de mille francs est attribuée au meilleur travail en réponse au sujet suivant : On demande de déterminer, par des recherches nouvelles, le poids atomique d'un ou de plusieurs éléments pour lesquels cette constante physique est encore incertaine aujourd'hui. Les mémoires devront être écrits lisiblement et pourront être rédigés en français ou en flamand. Ils devront être adressés, franco de port, à M. le secrétaire perpétuel, au palais des Académies, avant le 1er août 1894.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er JANVIER AU 31 MARS 1893, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	19	20	1	40
2e	23	33	7	53
3e	53	69	10	132
4e	39	76	38	153
5e	37	64	19	120
6e	20	27	5	52
7e	19	30	12	61
8e	7	9	1	17
9e	22	28	8	58
10e	33	69	20	122
11e	114	201	102	415
12e	44	62	31	137
13e	80	116	42	238
14e	56	90	53	199
15e	55	113	45	213
16e	13	21	3	37
17e	58	107	27	192
18e	123	170	79	372
19e	62	131	66	262
20e	124	219	117	420
	1001	1658	686	3345

MALADIES OBSERVÉES.

Maladies		Maladies	
A		**E**	
Angines et laryng.	284	Affect. cérébrales	129
Croup	54	Eclampsie. Convuls.	112
Coqueluche. . . .	37	Tétanos	»
Corps étrangers de l'oreille. . . .	1	Névralgies	54
Otite	2	Névroses.	97
Ophthalmie	3	Epilepsie.	26
B		Aliénation mentale.	10
Asthme	67	Alcoolisme. Delirium tremens. .	27
Affections du cœur	110	Chorée.	»
Bronchites aiguës et chroniques. . .	393	Tétanos	»
Pleuro-pneumonie.	158	Catalepsie	»
Congestion pulmonaire	70	**F**	
C		Rhumatisme . . .	59
Affections et troubles gastro-intestinaux	237	Affections éruptives	97
Cholérine et affections cholériformes	86	Pustule maligne. .	»
Dysentérie	5	Fièvre intermitt. .	2
Athrepsie	61	Fièvre typhoïde. .	34
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	80	Hémorrhagies de causes internes et externes. . .	126
Hernie étranglée .	56	**G**	
Rétention d'urine .	32	Plaies. Contusions.	138
Orchite	5	Fractures. Luxations. Entorses .	54
Paraphimosis. . .	1	Brûlures	4
Etranglem. de vessie	1	Congélat. des pieds	»
Corps étrang. vagin	1	Empoisonnements .	25
D		Asphyxie par le charbon	9
Métrite. Métro-péritonite	81	— submersion.	1
Métrorrhagie . . .	62	Suicide	7
Fausse-couche . .	96	**H**	
Accouc. Délivrance	256	Morts à l'arrivée du médecin	62
Accouc. non terminé	28	Total. . . .	3345

La moyenne des visites par nuit est de 37.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 33 1/2.
Les hommes entrent dans la proportion de 31 0/0.
Les femmes — — de 50 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 19 0/0.

Visites du 1er trimestre de 1892. .		3,018
— 1er — 1893. .		3,345
	Différence en plus.	327

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 15. — Dissection. Médecine opératoire : MM. Marchand, Poirier, Retterer. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Farabeuf, Straus, Delbet. — (2e *série*) : MM. Ch. Richet, Tillaux, Dejerine. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Tuffier. Lejars. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Marie, Gaucher.

MARDI 16. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Poirier. — (2e *série*) : MM. Cornil, Nélaton, Gley. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Panas, Guyon, Schwartz. — (2e *série*) : MM. Le Fort, Duplay, Brun. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Letulle.

MERCREDI 17. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Reynier, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Tillaux, Delbet. — 3e (Définitif d'officiat). Hôtel-Dieu : MM. Tuffier, Fournier, Varnier. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Straus, Dejerine, Netter. — (2e *série*) : MM. Potain, Hayem, Marie.

JEUDI 18. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Duplay, Mathias-Duval, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Le Dentu, Maygrier, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Cornil, Ballet, Charrin. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Ménétrier.

VENDREDI 19. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Fa-

rabeuf, Retterer, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Tillaux, Reynier, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Terrier, Marchand, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Potain, Dejerine, Brissaud. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Delbet, Varnier.

SAMEDI 20. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Albarran. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Le Dentu, Nélaton, Schwartz. — (1re *série*) : MM. Laboulbène, Ballet, Roger. — (2e *série*) : MM. Bouchard, Gilbert, Letulle. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Panas, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

JEUDI 18. — M. Tornery. Essai sur l'histoire de la rage avant le dix-neuvième siècle. — M. Gallard. Monographie de la goutte saturnine.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. (*Médecine opératoire*). — M. le Dr F. BOÉ commencera un cours particulier de médecine opératoire à sa clinique, Impasse Nicole, 5, près le boulevard de Port-Royal, le mardi 23 mai à 5 h. du soir et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. S'adresser à la clinique de 1 h. à 3 h. ou de 5 à 7 h. tous les jours.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. HAUSHALTER, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est chargé, pendant le second trimestre de l'année scolaire 1892-1893, d'un cours d'anatomie et physiologie pathologiques à la dite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. FIQUET (Edmond-Raoul), docteur ès sciences physiques, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-93, préparateur-adjoint des travaux pratiques de chimie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Brochet, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 6 novembre 1893, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à la dite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — *Le voyage du Président de la République en Bretagne.* — Le Conseil municipal de Rennes s'est réuni en séance privée et, à l'unanimité des membres présents, il a arrêté les termes d'une adresse dans laquelle il prie instamment M. le Président de la République de vouloir bien, lors de son voyage en Bretagne, séjourner à Rennes pour y visiter les établissements publics et inaugurer le nouveau lycée et la Faculté des sciences.

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE. — M. le Dr CAPITAN a repris, le lundi 17 avril à 5 h., et continue les mêmes jours la série des recherches originales qu'il expose sous le titre de Nosographie sociale. Nous reviendrons dans un prochain article sur le programme général de ce cours, tel que M. Capitan l'a conçu, sur les maladies considérées au *point de vue social.*

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecins du Bureau central.* — Les concours pour trois places de médecins du Bureau central viennent de se terminer par la nomination de MM. les Drs GILLES DE LA TOURETTE, BÉCLÈRE et GIRAUDEAU, anciens internes des hopitaux. Nous adressons toutes nos félicitations à notre cher collaborateur et ami, M. le Dr Gilles de la Tourette, ancien chef de clinique à la Salpêtrière, dont les lecteurs du *Progrès médical* ont pu apprécier depuis longtemps le talent littéraire, la verve humoristique et le véritable tempérament artistique.

LAICISATION DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS. — Ces jours-ci a été appelé devant le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, la requête des sœurs hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Paris, représentées par leur supérieure générale, la dame David, à l'effet de faire annuler, pour excès de pouvoir, un arrêté du préfet de la Seine en date du 25 août 1888, prescrivant qu'il sera procédé, le 1er décembre 1888, au remplacement par un personnel laïque des religieuses qui desservent l'hopital Saint-Louis. La séance a été consacrée aux plaidoiries de Me Chauffard pour les sœurs, de Me Arbelet pour le préfet de la Seine, et aux conclusions de M. le commissaire du gouvernement Arrivière. M. le commissaire du gouvernement, après avoir exposé les origines de la présence à l'Hotel-Dieu des religieuses augustines qui y existent depuis la fin du quinzième siècle, a donné lecture au Conseil du décret du 18 février 1809 et du décret du 26 février 1810 avec les statuts y annexés. Il en résulte, suivant lui, que la maison établie à l'hôpital Saint-Louis doit être considérée comme une maison séparée établie par décret en vertu d'une autorisation qui ne pourrait être révoquée que dans les mêmes formes. Si l'arrêté du préfet de la Seine n'a pas formellement révoqué cette autorisation, il a eu pour objet, en fait, d'aboutir au même résultat. M. le commissaire du gouvernement a estimé qu'il n'appartenait pas au préfet de la Seine de prendre une mesure semblable, tant que le décret de 1810 subsiste. En conséquence, il a conclu à l'annulation, pour excès de pouvoir, de l'arrêté préfectoral attaqué. La décision du Conseil d'Etat sera vraisemblablement rendue à huitaine.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE. — Dans sa séance du 8 mai, le Comité a dressé la liste des candidats aux places vacantes d'auditeurs au Comité. MM. Girode, Deschamps, Wurtz et Fleury-Ravarin ont été présentés en première ligne pour chacune de ces places ; MM. Widal, Dubief et Mosny ont été désignés en seconde ligne ; MM. Galliard, Lesage et Laffite en troisième ligne.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — *Excursions géologiques.* — M. Stanislas MEUNIER, professeur au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 14 mai 1893, à Noisy-le-Sec et Romainville. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous, gare de l'Est, où l'on prendra, à 11 heures 35, le train pour Noisy-le-Sec.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — Par arrêté, la chaire de physiologie générale, au Muséum d'histoire naturelle, est déclarée vacante.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE. — Le troisième Congrès pour l'étude de la Tuberculose chez l'homme et chez les animaux aura lieu à Paris, du 27 juillet au 2 août 1893, sous la présidence de M. le Pr Verneuil.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Une médaille d'argent de 2e classe a été décernée à M. le Dr DUFOUR (de Laborde), pour acte de courage et de dévouement.

PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Le ministre de la marine, sur l'avis du Conseil supérieur de santé de la marine, a décerné le prix de médecine navale, pour l'année 1892, à M. Regnaud, médecin principal des colonies, auteur d'un mémoire intitulé : L'armée coloniale au point de vue de l'hygiène pratique.

CHOLÉRA EN BRETAGNE — Grâce aux mesures énergiques prises par l'administration municipale avec le concours dévoué de tous les médecins, la situation sanitaire de Quimper s'améliore sensiblement. La semaine dernière il y a eu trois décès. M. le Dr Laffite, de Paris, s'est rendu à Quimper pour examiner la situation et vérifier les dispositions prises.

LE CHOLÉRA A GUERNESEY. — Le 10 mai a succombé du choléra, à Guernesey, un marin breton venant de France. Des ordres sérieux ont été donnés et, au dire du correspondant du *New-York Herald*, on serait décidé à faire subir une quarantaine à tous les navires venant des ports français, à l'exception des courriers.

INFLUENZA ET SCARLATINE A STRASBOURG. — L'influenza sévit avec intensité à Strasbourg et les cas mortels sont assez fréquents, principalement chez les personnes âgées. La fièvre scarlatine, d'autre part, continue à régner parmi les enfants et cause également de nombreux décès.

LE TYPHUS EN FRANCE. — M. le Dr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, et M. le Dr Thoinot, délégué de l'Assistance publique, sont allés à Beauvais pour se rendre compte de l'état sanitaire actuel. Quelques cas de typhus se sont produits à la prison et les individus atteints, au nombre desquels un gardien, ont été transportés à l'hôpital, où des tentes sont organisées dans les jardins. Les délégués se sont rendus à l'hôpital et la maison d'arrêt.

LE TYPHUS A PARIS. — Le conseil de surveillance de l'Assistance publique s'est occupé du traitement des malades convalescents du typhus. Ces malades se trouvent isolés dans le bâtiment annexe de l'Hotel-Dieu. Cette installation ayant semblé insuffisante, l'Administration de l'Assistance publique a été mise en demeure de prendre des mesures plus efficaces. Le Conseil de surveillance a décidé de réclamer d'urgence au Ministre de la guerre un des postes-casernes des fortifications inutilisés par l'autorité militaire. On sait que déjà le bastion 36 sert d'hopital de réserve en cas d'épidémie cholérique. Le poste-caserne sollicité par l'Assistance publique servirait de dépot de convalescence pour les typhiques. — Le préfet de police vient d'autoriser les sorties et les visites à la Maison de santé de Nanterre, suspendues à la suite de l'épidémie de typhus qui s'y était déclarée. Il n'y a plus que quelques convalescents en traitement dans cet établissement.

STATUE DE RENAUDOT. — *Inauguration.* — L'inauguration de la statue de Renaudot, médecin, fondateur du journalisme, aura lieu le 4 juin prochain, sous la présidence de M. Dupuy, président du Conseil des ministres et ministre de l'intérieur. Un grand nombre de discours seront prononcés à cette occasion. Nous regrettons bien vivement de ne pouvoir rendre compte nous-même de cette imposante cérémonie, par suite de notre départ pour l'Amérique; mais un de nos collaborateurs tiendra nos lecteurs au courant des détails de la cérémonie d'inauguration (M. B.).

HÔPITAL ALLEMAND DE DALSTEN. — Un appel chaleureux vient d'être fait par le prince de Battenberg en faveur de cet hôpital. L'empereur d'Allemagne a donné 200 livres.

LES REVENDICATIONS FÉMININES. — Mme Blanche Edwards-Pilliet, docteur en médecine, déléguée de l'Association de la fédération française des Sociétés féministes, Mmes Bequet, de Vienne, Paule Minck, etc., ont déposé, le 1er mai dernier, dans toutes les mairies de Paris, le « Cahier des doléances féminines. »

HERBORISATIONS. — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 14 mai 1893, à Montmorency. Rendez-vous à la gare du Nord, à 12 h. 15 pour le train partant de Paris à 12 h. 50 pour la station de Domont.

EXPOSITION D'HYGIÈNE A DIJON. — La Société des sciences médicales de la Côte-d'Or organise une exposition d'hygiène, à Dijon, qui aura lieu du 10 au 30 juillet prochain. Les demandes d'admission des exposants doivent être adressées à l'administration, 26, rue Verrerie, à Dijon, avant le 15 juin.

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Cette Association vient d'être reconnue d'utilité publique, par décret du 15 avril 1893.

NOTRE PLUS JEUNE CONFRÈRE DU MONDE. — Le *Figaro* expose dans sa salle des dépêches la photographie du plus jeune des directeurs de journaux du monde entier, M. Tello d'Apery, qui est dans sa quatorzième année. Le jeune directeur est fils de parents français résidant à New-York. Quant à son journal, qui est rédigé en français et en anglais, il a été fondé par lui, il y a quatre ans déjà, dans un but philanthropique qui fait grand honneur à son caractère. Tello d'Apery obtint de ses camarades l'abandon des sommes destinées à leurs menus plaisirs et consacra cet argent à procurer des chaussures aux enfants pauvres. Le club des *Pieds-nus*, qui fut formé ensuite, eut très vite un si grand succès qu'un journal fut organisé, les bénéfices étant consacrés à la construction d'un asile en faveur des petits malheureux. Tous nos compliments à notre jeune confrère.

JOURNALISTIQUE. — *L'Union médicale* du Canada, fondée il y a vingt-deux ans, et la *Gazette médicale* de Montréal, fondée il y a sept ans, viennent de fusionner.

CONFÉRENCE SANITAIRE DE DRESDE. — M. le Pr Brouardel a exposé à la dernière séance de l'Académie des Sciences les conclusions de la convention signée par les représentants des principales puissances au Congrès sanitaire qui s'est tenu à Dresde le 15 avril dernier.

INSTITUT BACTÉRIOLOGIQUE DE SYDNEY. — Nous apprenons la nomination de M. A. LOIR, neveu et élève de M. Pasteur, aux fonctions de directeur du nouvel Institut bactériologique dont la fondation vient d'être décidée à Sydney (Australie).

DUELS DE MÉDECINS. — M. le Dr Ward, médecin de la mission Mizon, a été blessé récemment dans son duel avec M. Méry. Il s'agissait d'un duel au pistolet. M. le Dr Ward a été atteint au genou droit (plaie des parties molles).

ELECTROCUTION D'UN MÉDECIN AUX ETATS-UNIS. — Le Dr Carlyle Harris a été exécuté lundi dernier à New-York et a été enterré après l'autopsie. Sur la plaque du cercueil, on a, selon le vœu de Harris, gravé cette phrase de la déclaration sous serment d'un juré : « Nous n'aurions pas condamné si nous avions su. » Cette déclaration a été également placée dans le cercueil du Dr Harris suivant son désir. Le prêtre qui l'a assisté dit qu'il croit qu'il n'était pas coupable. Harris a laissé une déclaration écrite que l'on a refusé de communiquer à la presse et qui est entre les mains du surintendant des prisons. L'opinion dominante est que Harris était réellement coupable, malgré le mouvement populaire provoqué en sa faveur.

LES ÉLÈVES DES LYCÉES TRANSFORMÉS EN INFIRMIERS. — Sur l'initiative du docteur Duchaussoy, on organise en ce moment des sections d'infirmiers-brancardiers volontaires des lycées de Paris. Les ministres de la guerre et de l'instruction publique ont autorisé les élèves, de dix-huit à vingt ans, à se faire inscrire à l'Association des Dames françaises pour suivre une série de conférences et de leçons pratiques données à leur intention par les médecins membres de l'association. Les élèves ont répondu en très grand nombre à l'appel qui leur était adressé. Une leçon pour les élèves du lycée Condorcet a déjà eu lieu au siège de l'Association des Dames françaises (*Secours à donner en cas d'hémorragie sur un champ de bataille ; gravité de la perte de sang ; trois espèces d'hémorragie ; caractère de chacune d'elles ; moyen de les arrêter ; les pansements antiseptiques*). Les médecins-conférenciers vont s'entendre avec les proviseurs des lycées afin de donner dans les lycées mêmes les leçons. Prochainement les élèves de tous les lycées de Paris assisteront à une leçon pratique sur le terrain, qui sera donnée à l'hôpital de l'Association des Dames françaises. Nous reviendrons ultérieurement sur ce sujet; il ne faudrait peut-être pas abuser. Ne serait-il pas bon de s'occuper aussi des médecins ?

NÉCROLOGIE. — M. le Dr HOSTEING, de Saint-Germain-d'Esteuil. — M. le Dr POULIOT, de Confolens. — Nous apprenons la mort de M. Edmond AMETTE, ancien directeur de la Maison municipale de la Santé.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* M. le Dr CHARCOT. Leçons le mardi à 9 heures 1/2. — *Maladies nerveuses et mentales.* MM. JOFFROY et Jules VOISIN : le jeudi et samedi de chaque semaine, à 9 h. 45. — *Maladies mentales.* Le Dr Auguste VOSIIN, le dimanche, à 10 h. du matin.

HÔPITAL RICORD. — *Syphiliographie.* — M. le Dr Charles MAURIAC : le samedi à 9 heures 1/2 du matin, à la même heure. — M. HUMBERT : le mardi, à 9 h. 1/2.

HÔPITAL LAENNEC. — *Clinique chirurgicale* : M. le Dr NIGAISE, le samedi à 9 h. 1/2, salle du Musée.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS — IMP. V GOUPY, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 20. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 20 MAI 1893.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Faux rétrécissements de l'urèthre ;

par le Dr RELIQUET et A. GUÉPIN, interne des Hôpitaux.

En 1878, M. Reliquet, dans ses leçons sur les spasmes de l'urèthre et de la vessie, a formulé la loi suivante :

1° Toutes les fois qu'il y a une cause d'irritation localisée de l'extrémité de la verge au collet du bulbe, y compris le prépuce et les glandes de Cooper, il y a spasme de la région profonde de l'urèthre avec passivité de la vessie.

2° Toutes les fois qu'il y a une cause d'irritation dans la région profonde de l'urèthre ou dans ses organes annexes (glandes de Littré, prostate, canaux éjaculateurs, vésicules séminales), il y a spasme de la région profonde de l'urèthre avec excitation de la contraction vésicale.

3° Lorsqu'on ne trouve pas du côté de l'urèthre, ou de ses organes annexes (glandes, canal déférent, vésicules séminales), ou de ses organes de voisinage (rectum, anus, etc.), la cause de l'excitation uréthrale seule ou de l'excitation vésico-uréthrale, il faut la chercher du côté des reins, même lorsqu'ils sont parfaitement indolents et du côté du système nerveux.

Les faits de *faux rétrécissements* de spasme de l'urèthre, fournissant les signes matériels d'un rétrécissement vrai (arrêt de la bougie à boule, difficulté de la miction, le jet petit s'établissant lentement, les coups de piston nombreux et longuement répétés pour vider l'urèthre à la fin de la miction, la vessie ne se vidant pas), tous ces faits, pouvant être déterminés par une des causes de spasme de l'urèthre indiquées plus haut, il est d'une importance considérable de mettre le praticien en garde contre une erreur de diagnostic qui nous a paru de plus en plus fréquente.

Un malade se présente, on lui passe une bougie à boule ; cette bougie est arrêtée dans un point quelconque de l'urèthre ; la conclusion est immédiate : il y a rétrécissement de l'urèthre. Et le praticien se met en devoir de traiter ce rétrécissement. Si le Dr Reliquet en juge par le nombre des malades qu'il voit se disant atteints de rétrécissements, d'après les explorations qui leur ont été faites, et qui n'ont pas du tout de rétrécissement, l'erreur de diagnostic dont nous parlons est très fréquente et nous croyons utile de réétudier cette question en nous basant sur les nombreux faits que nous avons observés.

Ajoutons qu'il y a des cas où le diagnostic du rétrécissement réel et du faux rétrécissement présente de sérieuses difficultés.

Ce mémoire est consacré à l'étude des faux rétrécissements de l'urèthre. Nous devons donc y considérer successivement toutes les causes de spasme simulant le rétrécissement. Commençons par les irritations localisées à l'extrémité de la verge, au prépuce, au gland, aux glandes de Tyson, au meat son étroitesse relative, sa position par rapport à l'urèthre.

OBSERVATION I. (M. Reliquet.)

Faux rétrécissement provoqué par un prépuce étroit.

M. X..., 39 ans, conducteur des ponts et chaussées, constitution robuste, est venu me consulter en octoble 1890. Ses fonctions l'obligent à des voyages longs et pénibles par tous les temps. Il a de fréquentes difficultés pour uriner. A la suite d'excès de table ou de refroidissements, il a été pris six fois depuis trois ans de rétention d'urine complète. Les trois premières fois on a pu passer des bougies fines qui ont permis l'évacuation de l'urine ; les trois dernières fois, les bougies les plus fines n'ont pas pu passer et les phénomènes de rétention n'ont cessé qu'à la suite des bains et d'évacuations fécales. En dehors des rétentions d'urine, le malade me dit qu'on n'a jamais pu passer des bougies au delà du n° 8. Le diagnostic rétrécissement s'imposait pour tous les médecins qui l'ont soigné et le malade vient chez moi me demandant l'uréthrotomie interne. J'essaie de passer des bougies ; le n° 5 passe, mais est violemment serré.

Le prépuce court, très étroit, bride le gland qu'il est impossible de découvrir ; la verge est petite, ratatinée. Le malade me raconte que pendant l'érection le gland est fortement serré par le prépuce et que la verge est un peu arquée en bas.

Les urines contiennent beaucoup de pus ; la vessie, ne se vidant pas, remonte toujours au moins à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Le 8 octobre, je débride le prépuce en faisant l'incision unique sur le dos de la verge. Cette opération fut faite sans anesthésie. Ecartement immédiat et retrait du prépuce en arrière du gland. Matière sébacée abondante autour du gland répandant une odeur très forte. Je nettoie le tout avec la solution de sublimé au millième. Immédiatement je passe très facilement des bougies jusqu'au n° 10.

Le lendemain, 9 octobre, je passe des bougies successivement jusqu'au n° 13, sans rencontrer la moindre difficulté.

Du 10 au 13 octobre, toujours sans rencontrer le moindre obstacle dans l'urèthre, j'arrive au n° 21. Alors la miction se fait bien, la vessie se vide et n'est plus saillante au-dessus du pubis. Les urines sont très limpides ; elles ne présentent plus de dépôt purulent. Je suspens tout cathétérisme. Le 16 octobre, trois jours après le passage des bougies, le malade me dit qu'il urine moins bien.

La cicatrisation, quoiqu'il n'y ait pas de suppuration, se fait lentement. Il y a une sensibilité extrême du gland qui, aussitôt après le débridement du prépuce, avait augmenté notablement de volume. Le prépuce était tellement gros que l'augmentation de son orifice résultant du débridement complet sur le dos de la verge n'a pas encore donné au frein une longueur suffisante. Celui-ci est encore trop court ; la verge est encore bridée en arrière de la couronne du gland. Il en résulte, pendant l'érection, un étranglement circulaire de la verge et une traction violente sur le gland qui est incurvé en bas.

Le 16 octobre je fais le débridement du frein, la verge se développe encore et les érections ne sont plus gênées. A partir de ce moment, la miction devenue tout à fait normale, la sensibilité de la surface du gland disparaissant de plus en plus.

J'ai revu ce malade en aout 1891. Il n'a plus éprouvé la moindre difficulté pour uriner dans ses tournées d'inspection, quelle que soit la température.

OBSERVATION II. (M. Reliquet.)

Meat étroit placé haut sur le gland. Faux rétrécissement provoqué de l'urèthre.

Un Monsieur de 36 ans ayant eu cinq chaudepisses, vient me voir et me communiquer la consultation d'un confrère qui

lui conseille d'entrer dans une maison de santé pour y subir l'uréthrotomie interne. Le malade me raconte ses difficultés pour uriner. Je remarque que le méat un peu étroit est placé très haut sur le gland. Avec le stylet courbé, je reconnais un cul-de-sac très profond en arrière de la commissure postérieure du méat et le fond de ce cul-de-sac saigne très facilement. La bougie n° 8 passe serrée dans l'urèthre. Je fais le débridement du méat avec anesthésie à la cocaïne. Immédiatement, je peux passer dans l'urèthre, sans rencontrer le moindre obstacle, les n°s 18 et 19. La miction se rétablit normale. Dans les jours qui ont suivi, le malade a expulsé quelques mucosités prostatiques.

Observation III. (M. Reliquet.)

M. X..., 32 ans, ayant eu autrefois des blennorrhagies, m'est envoyé pour que je lui fasse l'uréthrotomie interne. Le prépuce est étroit et court, le méat est étroit ; une bougie moyenne (n° 16) est arrêtée d'une façon nette dans l'urèthre, au collet du bulbe. La sensibilité de l'urèthre est grande. En raison du diagnostic de rétrécissement de l'urèthre, porté par le confrère qui m'envoie le malade, je ne cherche pas à déterminer la bougie qui peut passer. Les troubles de la miction sont toujours les mêmes ; la vessie ne se vide pas et reste, après la miction, saillante au-dessus du pubis. Je fais avec chloroforme le débridement du prépuce et le débridement du méat dans la même séance. Immédiatement, le n° 16 qui était arrêté dans l'urèthre le franchit facilement et le n° 20 arrive dans la vessie sans rencontrer le moindre obstacle.

Observation IV. (M. Reliquet.)

M. X..., 35 ans, mécanicien, vient chez moi le 10 mai 1890. Il urine par regorgement la nuit, et goutte à goutte pendant la journée avec des efforts violents. Prépuce étroit, mais laissant découvrir le gland. Balano-posthite chronique. Une bougie conique olivaire n° 17 est arrêtée au niveau du bulbe. Je passe très difficilement un n° 3 ; le n° 4 est serré et n'arrive pas dans la vessie.

Le 14 mai, je constate à nouveau l'impossibilité de faire pénétrer le n° 4 jusque dans la vessie. Le malade dit qu'il a uriné un peu mieux pendant vingt-quatre heures après le passage de la bougie n° 3 du 10 mai. Actuellement, les choses sont ce qu'elles étaient auparavant. Après anesthésie à la cocaïne (à 5 0/0), je fends le prépuce en haut sur la ligne médiane jusqu'au cul-de-sac. Immédiatement, le gland s'épanouit et double de volume. Le pansement fait, les n°s 6, 7 et 8 passent facilement et il eût été possible d'aller plus loin. Le malade urine beaucoup mieux.

Le 15 mai, je passe les n°s 7, 8, 9 et 10.
Le 16, les n°s 9, 10, 11, 12, 13.
Le 17, je vais au n° 15.
Le 18, les n°s 17 et 18.

et après je gagne, toujours sans rencontrer le moindre obstacle, les n°s 22 et 23. Depuis l'incision du prépuce, il n'y a jamais eu la moindre difficulté à faire progresser les bougies ; jamais elles n'ont été serrées. Si j'ai été lentement, et cela est relatif, c'est pour éviter toute irritation de l'urèthre ; en somme j'ai fait une dilatation exploratrice.

La fonction est devenue complète à partir de l'intervention ; de suite, plus d'envies fréquentes, plus de douleurs en urinant, etc.

Observation V. (M. Reliquet.)

Leçons sur les maladies des voies urinaires (p. 107).

Faux rétrécissement. — Persistance du spasme de l'urèthre après le débridement du prépuce. — Disparition du spasme par le chloroforme. — Colique néphrétique.

Il s'agit d'un de mes anciens camarades d'études marié depuis plusieurs années, qui vient me consulter, se disant atteint d'un rétrécissement de l'urèthre. Il avait consulté, en province, plusieurs confrères qui avaient tous essayé de lui passer des bougies sans jamais pénétrer dans la vessie. A ma première visite, je pus introduire jusque dans la cavité vésicale une bougie fine et molle, mais sa présence irritait tellement que je ne pus l'y laisser qu'un instant. Le prépuce était court et étroit, l'éjaculation se faisait difficilement, la presque totalité du sperme s'écoulait de l'urèthre, la verge étant revenue au repos. La vessie était dilatée, la matité remontait à deux doigts au-dessus du pubis, les mictions étaient très fréquentes, chaque trois quarts d'heure. L'urine s'écoulait par petits jets brusques et saccadés ; quelquefois elle tombait en bavant. Après cette première visite, il me fut impossible d'introduire dans l'urèthre un instrument quelconque. Je proposai au malade de faire la circoncision pour libérer le gland, ce qu'il accepta. Cette opération faite, les besoins d'uriner étaient toujours fréquents et la vessie ne se vidait pas complètement. Le cathétérisme même avec les bougies fines, les plus molles, était toujours impossible, en raison de la douleur extrême produite par le contact de l'instrument avec l'urèthre. Je donnai alors du chloroforme et, le malade à l'état de résolution, je pus introduire par l'urèthre dans la vessie tous les instruments possibles, même le brise-pierre explorateur sans trouver le moindre obstacle dans l'urèthre. La vessie contenait 500 grammes d'urine normale. Avec le brise-pierre explorateur dans l'urèthre je fis la dépression de ce canal en comprimant directement sa paroi inférieure. Je laissai dans la vessie environ 500 grammes d'eau tiède. Le malade est réveillé. Une demi-heure après, il urine normalement par un jet gros et fort, à son grand étonnement. La miction fut ainsi rétablie.

Trois jours après cette opération, la nuit, il fut pris brusquement d'une colique néphrétique violente qui se termina par l'évacuation spontanée d'une quantité considérable de gros cristaux d'acide urique, environ deux cuillerées à bouche.

Les observations que nous donnons ici sont des observations typiques. Là où l'irritation de la verge due au prépuce et au méat a provoqué un spasme permanent de l'urèthre simulant tout à fait le rétrécissement et même le rétrécissement le plus étroit — puisque dans tous ces faits il n'était possible de passer qu'une bougie très fine n'allant pas jusqu'au n° 8 — il est bien naturel que les confrères qui nous ont envoyé ces malades aient posé le diagnostic de rétrécissement de l'urèthre, en présence du fait matériel aussi précis, de ne pouvoir passer une bougie très fine et surtout celle-ci étant serrée.

On conçoit combien les dispositions vicieuses du prépuce et du méat peuvent être une cause de difficulté de cathétérisme dans les cas de traumatisme de l'urèthre en général. Il nous a été donné d'observer des malades chez lesquels cette difficulté de cathétérisme a été la cause de l'insuccès des traitements érigés contre les lésions traumatiques.

Observation VI. (M. Reliquet.)

X..., tapissier en voitures, 29 ans, me consulte à la fin de mai 1889. Le 29 avril 1888, à la suite d'une chute sur le périnée, il fut pris de rétention d'urine. On lui mit une sonde à demeure qu'il garda quelques jours ; puis urina librement. A partir de ce moment, aucune intervention ne fut faite dans l'urèthre. Lorsque je vois le malade, la vessie est très dilatée, les envies d'uriner sont fréquentes, la miction est très douloureuse. Au périnée, on trouve une tuméfaction nettement fluctuante. Le passage de la sonde étant impossible, je fais le débridement du prépuce. Immédiatement la sonde en caoutchouc vulcanisée passe sans difficulté, et l'urine stagnante dans la vessie est évacuée.

L'évacuation de la vessie permet de délimiter l'abcès rétrovésical. Alors je fais l'ouverture de l'abcès à la fesse et au périnée. Il s'écoule une grande quantité de pus répandant l'odeur fétide des abcès péri-rectaux et n'ayant en aucune façon les caractères de la suppuration par infiltration urineuse. Immédiatement la tuméfaction ballonnée du rectum s'affaisse.

Il y a communication entre la cavité purulente de la fesse, celle du périnée et celle qui est en arrière de la vessie. Je fais des lavages dans ces cavités avec la solution du sublimé au millième et je mets des drains dans l'ouverture de la fesse et dans celle du périnée. Là, le drain est porté jusqu'en arrière de la vessie.

La sonde fut fixée à demeure. Le malade urina toutes les cinq ou six heures, ce qui le repose beaucoup. On fit, de plus, des lavages de vessie. La sonde à demeure fut supportée sans aucune espèce de gêne pour le malade. Lorsque je la retirais

quinze jours après, le malade la réintroduisait lui-même avec la plus grande facilité.

Le quinzième jour, également, il quitte la maison de santé. Trois semaines après il reprenait ses occupations.

Je revois ce jeune homme le 5 janvier 1890, il n'y a rien d'anormal perceptible à l'extérieur; le toucher rectal dénote un état normal des parties. Le malade urine toutes les quatre ou cinq heures sans aucune douleur; il vide très bien sa vessie.

Observation VII. (M. Reliquet.)

M. X..., 24 ans, sous-officier de cavalerie, fait une chute sur le périnée. On essaie de passer une sonde sans résultat et, pour faire cesser la rétention et le commencement d'infiltration d'urine, on ouvre l'urèthre par l'incision médiane du périnée. La sonde à demeure ne peut être placée.

Après des péripéties qui durèrent huit mois, pendant lesquels des tentatives nombreuses de cathétérisme furent faites, toujours sans aucun résultat, après de nombreux abcès au périnée qui furent successivement ouverts, le malade n'urina plus que par le périnée. C'est dans ces conditions que je le vis en 1889. C'est un grand jeune homme blond, de corpulence assez solide, très amaigri par ce long état de maladie. Lorsqu'il écarte les jambes, on voit une grande plaie suppurante allant de la base des bourses à l'anus, occupant tout le périnée, présentant des orifices plus ou moins larges, surtout immédiatement en avant de l'anus. Ce sont les ouvertures de clapiers ou l'urine se mélange au pus. Le rectum est décollé, comme isolé. Quand on pousse des injections d'eau boriquée dans ces clapiers, le liquide ressort de tous les côtés. Ce qui me frappe surtout, c'est qu'il n'y a pas de tissus au périnée. Le malade me raconte qu'il avait une tuméfaction très grande au-dessous des bourses, laquelle a été réséquée. Il en résulte que d'un ischion à l'autre, il n'y a plus rien du tissu conjonctif sous-cutané et de la peau. C'est là une singulière pratique de réséquer les tissus indurés par le contact de l'urine qui reprennent leur souplesse lorsque l'urine ne les baigne plus, et sont alors si utiles à la reconstitution du périnée. J'essaie de passer une sonde dans l'urèthre. Je me sers d'une sonde à béquille, je suis arrêté net à la portion membraneuse. Je prends alors une petite bougie n° 6 qui passe. Une bougie n° 17 est arrêtée et serrée à la portion membraneuse.

Le prépuce étant court et étroit et retenant à la couronne du gland des matières sébacées irritantes, le méat étant étroit relativement et placé haut sur le gland, je décide le malade à se laisser faire le débridement du prépuce et du méat. Sous l'action du chloroforme, ces deux petites opérations sont faites séance tenante et immédiatement une sonde en caoutchouc vulcanisé n° 18 entre facilement dans la vessie et je la fixe à demeure. Elle est, au grand étonnement du malade, supportée sans aucune espèce de gêne.

La sonde en caoutchouc vulcanisé, avec les précautions de propreté et de nettoyage nécessaires, est restée en place plus de deux mois. Ce qui a assuré au malade un très grand repos, n'ayant plus d'envies fréquentes d'uriner, plus de douleurs en urinant, et n'étant plus mouillé par l'urine s'écoulant par les trajets fistuleux. Ce qui a permis de le faire engraisser, seul moyen qui nous restait pour obtenir la réparation du plancher périnéal, la résection des tissus normaux ayant été faite.

Il est très certain que, si dès le début, aussitôt l'accident, on avait débridé prépuce et méat, on aurait pu passer la sonde, la faire supporter à demeure et on aurait évité tous les accidents consécutifs de suppuration du périnée et de décollement du rectum, on aurait très probablement obtenu une guérison rapide.

Observation VIII. (M. Reliquet.)

M. X..., docteur en médecine, fait une chute sur le périnée. Rétention et commencement d'infiltration d'urine. On lui passe une sonde, mais il ne peut la supporter à demeure. Alors on fait l'incision médiane du périnée jusqu'à l'urèthre. Quelques mois après on fait la suture de l'urèthre et du périnée, mais le malade ne peut pas supporter la sonde à demeure. L'insuccès de la suture est complet. C'est alors qu'il vint à Paris. La perte de tissus au périnée est telle, que lorsque le malade écarte les jambes et relève les bourses avec la main, on a tout à fait l'aspect d'une vulve. L'urèthre est largement ouvert au périnée. L'urine en totalité passe par cette ouverture. Il n'y a pas de tissus indurés à la périphérie.

Le prépuce est étroit et court, le méat relativement étroit et très haut sur le gland. Je fais le débridement du prépuce par l'incision dorsale unique; immédiatement il se rétracte en arrière du gland. Je fais le débridement du méat; puis je passe des bougies du n° 21 au n° 25. Je les laisse momentanément à demeure pendant quelques instants; le malade n'en éprouve aucune gêne. Quand je suis absolument certain que la sonde à demeure sera bien supportée, je prie M. le Dr Ch. Périer de venir faire l'autoplastie de l'urèthre. Elle a porté sur une longueur de 11 centimètres de la paroi inférieure de l'urèthre.

La sonde à demeure a été supportée pendant 10 jours sans aucune difficulté. La guérison de l'autoplastie a été complète. Périer et moi avons revu ce malade depuis.

Evidemment, dans ce cas encore, c'est grâce à la cessation de l'irritation à l'extrémité de la verge par le prépuce et le méat, que la sonde à demeure a été supportée. Ce qui aurait eu lieu certainement lors des tentatives opératoires antérieures si les débridements du prépuce et du méat avaient été faits.

Ces dispositions vicieuses du prépuce et du méat, qui provoquent des spasmes pouvant simuler d'une façon si complète les rétrécissements de l'urèthre chez des sujets dont le canal est sain, en tant qu'altération organique des parois propre aux rétrécissements, ces dispositions vicieuses ont une action très marquée sur l'état d'aggravation des troubles fonctionnels et des signes physiques dans les cas de rétrécissement vrai de l'urèthre. En voici des observations :

Observation IX. (M. Reliquet.)

M. X..., docteur en médecine, étant étudiant en 1861, contracte une première uréthrite violente contre laquelle il emploie les injections de perchlorure de fer. En 1864, nouvelle uréthrite soignée de la même façon. De 1865 à 1868 apparaissent les troubles de la miction. Difficultés pour uriner ; à chaque instant le malade est obligé de se passer une bougie qui, aussitôt retirée de l'urèthre, est suivie d'un jet d'urine. En 1870, l'uréthrotomie fut faite par Sédillot. Il y eut de très grandes difficultés pour passer la bougie conductrice, et ce ne fut qu'après 8 jours de préparation que l'opération put être faite. Le résultat immédiat fut une amélioration très notable. Mais, dès 1871, les difficultés pour passer les cathéters étaient déjà grandes. Mon confrère vint me consulter en 1874. Il ne pouvait uriner qu'à la condition de se passer une petite bougie; aussitôt qu'elle était retirée, l'urine s'écoulait. Je ne pouvais introduire dans la vessie qu'une bougie n° 6. Je fais la deuxième uréthrotomie interne.

A la suite de cette opération, l'état du malade resta bon jusqu'en 1876. A cette époque, les difficultés pour uriner reparurent, le passage des bougies devient de plus en plus difficile et il survient une orchite droite avec suppuration. Après l'évacuation du pus, l'état de l'urèthre s'améliore et le passage des bougies est plus facile. Le malade vient tous les huit à dix jours chez moi, où je lui passe des cathéters Beniqué, sans jamais aller au delà du n° 36 ou 37. Je remarquais que les cathéters, après avoir franchi le collet du bulbe, étaient souvent arrêtés au col de la vessie ; et, plus d'une fois, je dus renoncer à entrer dans la vessie. Les choses allèrent tant bien que mal, le malade éloigna ses visites de plus en plus.

En 1880, nouvelle orchite sans suppuration. Encore une fois le passage de la bougie devient nécessaire pour la sortie de l'urine. Je fais à nouveau l'uréthrotomie interne. Pour cela le malade est chloroformisé. Pendant l'anesthésie, il m'est impossible de passer une bougie plus grosse que celle qui passait dans l'état de veille.

L'amélioration est notable; le malade vient chez moi tous les huit ou quinze jours, je lui passe des cathéters Beniqué, étant toujours arrêté de temps en temps par la contraction de l'urèthre, tantôt en avant du collet du bulbe, mais bien plus sou-

vent en avant du col vésical. Après cette opération, je ne pus jamais passer que le n° 40 de la filière Beniqué.

Depuis l'opération de 1880, il n'y eut plus d'orchite vraie, mais la vaginale droite était souvent dilatée par une quantité de sérosité limpide assez notable pour qu'il y eût gêne et même douleur. Je soulageais immédiatement le malade en évacuant la vaginale par une ponction faite avec un petit trocart. Pendant cette période de 1880 à 1888, je fis la ponction de la vaginale certainement au moins trois fois par an. Toujours le liquide a été limpide ; le testicule un peu gros, un peu dense, n'a jamais présenté aucune nodosité et la ponction de la vaginale a toujours suffi à faire disparaître la gêne éprouvée dans les bourses.

Bientôt le malade éloigna de nouveau ses visites. Il ne venait guère que pour faire ponctionner son hydrocèle. Il me disait ne pas uriner trop mal et, de temps en temps, se passait une bougie, lorsqu'en 1888 il me fait appeler. Il éprouvait des douleurs violentes au périnée et une très grande difficulté pour uriner. Je constate une tuméfaction occupant la partie moyenne du périnée, sans cependant y trouver de la fluctuation. Le passage de la bougie est difficile ; le n° 5 passe avec peine. Après examen du méat qui est placé très haut sur le gland et, en réalité, qui n'est pas d'un diamètre très petit et d'un cul-de-sac profond en arrière de la commissure inférieure du méat, je propose au malade de faire le débridement du méat immédiatement avant l'uréthrotomie interne. Je ne donne pas de chloroforme. L'anesthésie du méat, obtenue grâce à la cocaïne, j'en fais le débridement. Puis immédiatement la petite bougie conductrice passe avec la plus grande facilité. Elle passe si facilement que je veux savoir combien le rétrécissement réel est augmenté par l'état spasmodique. Ce n'est que le n° 15 qui est arrêté dans l'urèthre. Je fais l'uréthrotomie interne, je mets la sonde à demeure ; tout se passe régulièrement. Mais après que l'urine s'écoule par la sonde et n'a plus de contact avec l'urèthre, le phlegmon du périnée ne diminue pas. Je l'ouvre, il sort un pus épais, muqueux, non mélangé d'urine. Evidemment c'est là un phlegmon d'une glande périphérique à l'urèthre.

Depuis ce débridement du méat de 1888, les conditions fonctionnelles de miction chez notre confrère ont été complètement modifiées en bien. Dans la note sur son histoire pathologique qu'il eut la complaisance de m'envoyer en 1890, il me dit : « Depuis mes opérations de 1888, l'amélioration a été définitive. « Les mictions sont quelquefois un peu fréquentes, mais tou- « jours faciles et sans le secours de bougies. » Depuis 1888 — et nous sommes actuellement en 1892 — soit depuis quatre ans, notre confrère vient me voir tous les mois à peu près. Je lui passe d'emblée, sans jamais rencontrer la plus légère difficulté dans le cathétérisme, les n°s 43 et 45 de la filière Beniqué. Plusieurs fois le malade est resté deux et trois mois sans venir, et, dès sa première visite, j'ai toujours pu passer sans la moindre difficulté les n°s 43 et 45, sans qu'il en résultât d'inconvénients.

Depuis 1888, les périodes d'envies fréquentes d'uriner sont rares.

Un autre fait très particulier a suivi cette opération du débridement du méat. Depuis cette époque (1888), l'épanchement de sérosité dans la tunique vaginale droite n'a plus été assez abondant pour nécessiter la ponction. Plusieurs fois, par simple curiosité, j'ai constaté qu'il y avait un peu de liquide.

Il est évident qu'ici, si le débridement du méat avait été fait dès la première uréthrotomie, l'état de spasme de la région profonde de l'urèthre qui rendait si difficile l'introduction des cathéters Beniqué ou des sondes en gomme, entre l'opération de 1874 et celle de 1888, n'aurait pas existé. Et les récidives du vrai rétrécissement auraient pu être évitées grâce au passage facile des cathéters. De même, certainement, les accidents du côté du testicule qui se sont produits depuis 1874 auraient pu ainsi être évités. (*A suivre*).

Hopitaux de Paris. — *Concours du Bureau central de Médecine.* — Le concours pour le bureau central de médecine s'est ouvert le lundi 15 mai à midi au chef-lieu de l'Assistance publique, 3 avenue Victoria. La question tirée était *kystes hydatiques du foie, anatomie pathologique et indications de traitement.* 59 copies ont été remises. Les deux autres questions étaient : *Paralysies alcooliques* et *Tuberculoses pleurales*.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme (1) ;

par M. Etienne ROLLET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Le traitement de l'uréthrite blennorrhagique est souvent relégué au second plan dans la thérapeutique de la blennorrhagie génitale de la femme. C'est en raison des symptômes fonctionnels, parfois de minime importance, que cette affection détermine et qui même peuvent être nuls ; en raison aussi de sa guérison qui peut survenir spontanément, ce qui est dû à la brièveté et à la direction rectiligne du canal, ou au passage de l'urine agissant comme liquide aseptique.

Nous croyons néanmoins qu'en présence d'une uréthrite blennorrhagique chez une femme, un traitement immédiat est nécessaire, ne serait-ce que comme moyen prophylactique, pour prévenir des accidents graves, des métrites, des salpingo-ovarites et des péritonites si souvent causées par le gonocoque, ainsi qu'il est bien démontré aujourd'hui. Cet agent virulent peut du reste s'installer pendant plusieurs années, et souvent sans qu'on s'en doute, au niveau des follicules intra et préuréthraux et devenir, sous l'influence de causes occasionnelles, une source de contagion et de complications de voisinage ou à distance. Si par conséquent l'uréthrite blennorrhagique est primitive, ce n'est parfois qu'après un temps assez long que le vagin et surtout l'utérus sont envahis par infection ascendante.

D'autre part, traiter une métrite blennorrhagique sans traiter les nids à gonocoques intra ou péri-uréthraux, c'est s'exposer à tourner dans un cercle vicieux, l'uréthrite non guérie pouvant à nouveau engendrer la métrite par infection ascendante, de même que l'on voit une métrite blennorrhagique provoquer, par infection descendante, une uréthrite secondaire.

On peut distinguer trois formes cliniques de l'uréthrite blennorrhagique ; nous les appellerons formes aiguë ou douloureuse, chronique d'emblée ou indolore, latente ou insidieuse.

Le traitement s'impose dans les blennorrhagies aiguës, formes relativement peu fréquentes : il y a alors douleur, dysurie marquées ainsi qu'un écoulement purulent et sanguinolent. Deux femmes, à l'heure actuelle, que j'ai en cours de traitement à la Clinique de l'Antiquaille pour une endométrite blennorrhagique, ont été, huit jours après les premiers rapports sexuels, atteintes de blennorrhagie uréthrale aiguë. Chez elles, l'infection a débuté par l'urèthre pour envahir quelques mois après l'utérus ; si leur uréthrite a disparu, l'endométrite est seulement très améliorée, grâce à des lavages antiseptiques intra-utérins et au curettage. Si dès le principe elles avaient réclamé des soins pour leur uréthrite, cette complication ne se serait sans doute point produite.

D'autres fois l'uréthrite est chronique d'emblée et indolore. La femme ne se sait pas atteinte d'une lésion contagieuse et l'examen direct révèle seul l'affection. Ainsi une femme entrée ces jours-ci à la Clinique pour une syphilis secondaire est examinée : on constate une goutte uréthrale et une glaire utérine purulentes avec gonocoques en très grand nombre, le tout s'est produit sans provoquer aucun signe appréciable pour la malade.

Dans les formes latentes, un examen superficiel ne

(1) Leçon faite à la clinique de M. le Pr Gailleton.

dénote rien et il faut rechercher attentivement l'inflammation cantonnée au fond des cryptes de la muqueuse.

Dans aucun de ces différents cas, l'uréthrite ne doit être abandonnée à elle-même, il convient d'intervenir.

Le traitement comprend deux ordres de médications, interne et externe. Les remèdes internes sont loin d'agir comme chez l'homme, par conséquent il faudra peu compter sur l'action du copahu, du cubèbe, du santal. Les tisanes et le salol seront ordonnés, mais il convient de se rappeler qu'il faut avoir recours à une thérapeutique plus active pour prévenir les localisations folliculaires de la blennorrhagie, aussi doit-on s'adresser de suite au traitement externe, le traitement interne n'étant qu'un adjuvant du premier.

Les remèdes externes sont très nombreux.

Les insufflations pulvérulentes, vantées encore récemment par Zeisler chez l'homme, sont d'une application plus facile chez la femme. On fait uriner la malade, on lave antiseptiquement le canal, on le sèche et on introduit la poudre : sous-nitrate de bismuth, calomel, soufre, iodoforme...

Les topiques solides comprennent les crayons pour cautérisation rapide ou action plus lente. C'est ainsi que le crayon de nitrate d'argent pur ou mitigé, introduit rapidement dans le canal, constitue une ancienne et bonne méthode thérapeutique. On peut employer également les crayons à demeure d'iodoforme et de salol, d'un usage courant en chirurgie générale. Toutefois, il nous a paru préférable d'user de crayons plus mous, par exemple de ceux qui sont à base de glycérine aseptique à 30°, ils restent plus facilement en place et leur introduction est moins douloureuse. Le médicament actif à ajouter sera le sulfate de cuivre, le sublimé, l'iodoforme, l'ichthyol... avec addition de cocaïne. Dans le même ordre d'idées, Martineau a préconisé des suppositoires antiseptiques avec le beurre de cacao, tout en faisant remarquer que généralement, une fois placé, les femmes s'empressent d'expulser ce suppositoire qui bien souvent, au moment de son application, passe dans la vessie où il peut provoquer des accidents vésicaux. Les injections pâteuses sont à base de glycérolé ou de lanoline ; en Angleterre, l'étui en étain des peintres est d'un usage courant pour pratiquer cette injection molle. Les injections liquides comprennent les instillations, les injections proprement dites et les lavages ou irrigations.

Les instillations uréthrales se font ordinairement avec une solution de nitrate d'argent 1/50. Les injections donnent de bons résultats, mais spécialement les lavages qui chez l'homme sont fort en honneur à l'heure actuelle et à juste titre. L'urèthre de la femme étant moins sensible que celui de l'homme, la dose du médicament actif doit être plus élevée que pour ce dernier. M. Horand a recommandé l'injection de nitrate d'argent 0,30/100 ; on peut faire le lavage sans inconvénient, paraît-il, avec la solution 1,50/100 (Prigent, *thèse de Bordeaux*, 1892). L'ichthyol 3/100, la résorcine 5/100, le sublimé 1/2.000, le permanganate de potasse 1/250 arrivent rapidement à tarir tout écoulement uréthral. Toutefois, les canules des seringues ou les sondes employées pour lavages sont généralement à jet direct ou à jet récurrent. De cette façon, ou le canal uréthral est lavé incomplètement, ou la vessie est irriguée du même coup. Or, si les lésions sont purement uréthrales, il nous semble inutile de faire des lavages vésicaux, à l'imitation de Chéron qui les ordonne de parti pris, en recommandant à la femme d'uriner lentement après l'injection.

Dans le but d'irriguer le canal de l'urèthre seul, nous avons fait construire une sonde métallique (*Fig.* 27) et une sonde en caoutchouc ; cette dernière n'est qu'une modification de la sonde à demeure de de Pezzer, en caoutchouc rouge (1).



Fig. 27.

La sonde métallique répond au n° 17 ; elle se termine par un bout conique n° 21, et en avant, dans une étendue de 25 millimètres, elle est largement fenestrée ; on fait pénétrer la sonde enduite d'huile salolée dans la vessie, on la ramène doucement au col vésical dont le bout conique plein oblitèrera l'orifice. Avec un peu de précaution, comme nous avons pu nous en assurer, on peut de cette façon laver l'urèthre seul.

La sonde de de Pezzer, pour femme, est en caoutchouc pur, elle est à la fois ferme et souple, elle présente en outre cet incontestable avantage sur les sondes de Nélaton d'avoir, avec un volume extérieur semblable, un calibre double. Son extrémité vésicale présente un renflement aplati qui s'applique sur le col de la vessie ; on l'introduit avec une petite pince ou un mandrin qui allonge et déforme momentanément l'œillet vésical. Nous avons fait supprimer les pertuis du renflement, qui sont disposés alors en avant dans une étendue de 25 millimètres et permettent ainsi le lavage des parois de l'urèthre.

On peut encore traiter l'uréthrite par des badigeonnages au pinceau. Un petit pinceau trempé dans une solution concentrée de résorcine 10/30 est introduit dans l'urèthre puis rapidement retiré. Ce traitement nous a donné des résultats et il est bon, dans les uréthrorrhées, d'user de l'uréthroscope, qui permet de juger des lésions et de les cautériser.

L'écouvillon en crin est d'une application très douloureuse et son usage doit être restreint aux cas rebelles dans lesquels une petite intervention chirurgicale est indiquée, curettage de l'urèthre, cautérisation des folliculites au thermo-cautère ou excision des végétations (Verchère, *in thèse* de Boyer, Paris, 1892).

En définitive ce sont les lavages, avec un ou deux litres d'une des solutions que nous avons énumérées, qui constituent, combinés ou non avec les méthodes du crayon à demeure ou du pinceau, la méthode de choix. L'antisepsie permanente du vagin, à l'aide d'ovules ou de tampons antiseptiques, sera destinée à barrer au gonocoque la voie de l'utérus.

(1) Par M. Lépine, fabricant d'instruments de chirurgie. Le dessin est dû à l'obligeance de M. de Grailly, externe du service.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La laïcisation des hôpitaux devant les électeurs de Paris et le Conseil d'Etat.

Déjà aux élections municipales de 1890 les adversaires de la laïcisation des hôpitaux avaient posé la question de la *Réintégration des Sœurs.* Ils ont échoué; mais loin de se considérer comme vaincus, ils se sont presque aussitôt préparés pour une nouvelle lutte. Dans ce but, ils ont constitué un Comité central auquel les journaux réactionnaires n'ont cessé de prêter leur publicité. Le Comité central a organisé des comités dans la plupart des quartiers de Paris. L'un de ses membres les plus actifs, son secrétaire, M. Adam, et l'abbé Garnier ont fait de nombreuses conférences, espérant déterminer un courant en faveur de leur opinion. Une affiche portant en tête : *Rendez-nous les Sœurs* a été apposée un peu partout depuis six mois. Des brochures ont été vendues ou distribuées gratuitement à profusion. Des pétitions revêtues, assure le Comité, de plus de *six cent mille signatures* (1), ont été colportées de maison en maison pour solliciter des adhésions. Des *neuvaines* ont été faites pour les *élections* (2). Inutile de dire que : conférences, affiches, brochures et pétitions renfermaient une abondante collection de calomnies contre le service des laïques. Jamais, jusqu'ici, un effort aussi considérable n'avait été tenté pour tromper les électeurs et obtenir d'eux leurs votes pour les candidats de la réintégration des sœurs. Cette plate-forme, que tous les partis hostiles à la République ont choisie dans les 80 quartiers de Paris pour les élections municipales, et dans les cantons suburbains, aux élections du Conseil général, a imprimé à ces élections un caractère tout à fait particulier. Tous les candidats ont été obligés de se prononcer sur la question cléricale et, une fois de plus, cette campagne électorale a justifié ce cri de Gambetta : « Le cléricalisme, voilà l'ennemi! »

Pour se rendre un compte exact de l'importance que les ennemis de la République attachaient aux élections municipales, il faut lire les innombrables articles qui leur ont été consacrés par le journal *La Croix*. Le numéro qu'il a publié la veille de l'élection est très instructif à cet égard.

Son premier article intitulé : « *Hardi les amis!* » commence ainsi :

« Demain la bataille! Pour la première fois une véritable armée de catholiques, *organisée dans tout Paris,* disciplinée, pleine d'espérance et d'entrain, doit marcher aux urnes comme un seul homme... Le peuple va se ressaisir, se retrouver lui et cingler de son vote le visage des sinistres forbans qui se moquent de lui depuis si longtemps. »

Dans un second article : « *Les élections de demain* », nous lisons :

« La campagne est menée avec un entrain admirable qui surprend à la fois et les catholiques et les francs-maçons. *Elle fait concevoir les plus grandes espérances.* »

Cet article se termine par la *Liste rectifiée des candidats favorables à la réintégration.* Elle comprend 74 noms de candidats pour 74 quartiers de Paris sur 80. Puis vient une série d'articles : « *Il faut prier :* Dieu seul donne la victoire, c'est lui qui tient les cœurs en ses mains puissantes, etc. » « *Accusations ridicules :* « La question de la réintégration des sœurs inquiète de plus en plus nos tyrans radicaux, etc. : — *Aux Parisiens!* » Enfin, un *Avis* annonce aux Comités qu'ils vont recevoir un certain nombre de *Croix de Paris*, avec mission de les distribuer dans leurs quartiers respectifs. »

(1) *La Croix* du 15 avril.
(2) *La Croix* du 9 avril.

Le 16 avril, les électeurs se sont prononcés. Nous avons supputé les voix données aux candidats de la réintégration des sœurs, d'après la liste du journal *Le Soleil*, qui leur avait prêté son concours. Ces voix n'atteignent pas 75.000. Le nombre des électeurs inscrits étant de 511.604 et le nombre des votants ayant été de 363,688, il en résulte que la proportion des voix obtenues par les partisans des sœurs est bien peu considérable.

Dans un article ayant pour titre : « A bas les laïcisateurs », *La Croix* écrivait que le vote du 16 avril serait quelque chose comme un plébiscite sur la laïcisation des Hôpitaux de Paris. Le peuple de Paris s'est prononcé à une grande majorité en faveur des partisans de la laïcisation. Ce résultat est d'autant plus heureux que, d'après l'aveu même du *Gaulois*, « les voix qui se sont prononcées sur le point spécial de la réintégration des sœurs appartiennent surtout aux quartiers riches et à des électeurs qui n'auront probablement jamais besoin des sœurs des hospices. » Cet aveu démontre, d'une façon très nette, que la campagne menée contre la laïcisation est surtout politique et que l'intérêt des malades est pour eux tout à fait secondaire. Le nouveau Conseil municipal achèvera certainement la réforme commencée en 1878 et poursuivie sans relâche par les Conseils précédents.

Le terrain sur lequel se sont placés ses adversaires l'oblige à formuler nettement son opinion dès l'ouverture de sa prochaine session. Un autre motif l'y convie encore : C'est la décision que vient de prendre le Conseil d'Etat, au sujet de l'arrêté préfectoral, en date du 25 août 1888. On sait que cet arrêté avait été pris par M. Poubelle, conformément aux votes réitérés du Conseil municipal et qu'il avait pour but de remplacer les religieuses de l'hôpital Saint-Louis et implicitement de l'Hôtel-Dieu par des laïques. La dame David (Aline), en religion sœur Sainte-Clotilde, agissant au nom et comme prieure de la Compagnie des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu, dites sœurs Augustines, a demandé dans une requête au Conseil d'Etat d'annuler, par excès de pouvoir, l'arrêté préfectoral.

Après avoir mis cinq ans à statuer sur cette requête, et avec un esprit d'opportunité vraiment remarquable, au moment où les électeurs parisiens viennent de se prononcer d'une façon si nette, le Conseil d'Etat a décidé que l'arrêté du Préfet de la Seine, en date du 25 août 1888, était annulé. Cette décision ne peut que hâter une solution définitive. En effet, elle est en contradiction avec l'avis exprimé par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique et les votes du Conseil municipal invitant l'administration de l'Assistance publique à laïciser l'hôpital Saint-Louis et l'Hôtel-Dieu. Elle est en contradiction avec l'arrêté pris par M Poubelle, agissant au nom du ministre de l'Intérieur et après son approbation. Elle est en contradiction avec le ministère de l'Intérieur qui avait, dans un mémoire, soutenu la validité de l'arrêté du Préfet de la Seine.

La décision du Conseil d'Etat indique la voie à suivre, en déclarant que « l'état de choses ne peut être modifié qu'en vertu d'un décret rendu dans les mêmes formes. » C'est au ministre de l'Intérieur de parler; il y sera certainement convié par le nouveau Conseil municipal et, s'il le faut, par les députés de Paris. S'il considère que la réintégration des sœurs a été réclamée par les adversaires coalisés des institutions républicaines, tandis que l'immense majorité des électeurs républicains approuve la laïcisation des hôpitaux, il n'hésitera pas à maintenir la décision déjà prise, à lui donner la forme que le Conseil d'Etat a déclaré être indispensable, c'est-à-dire à transformer l'arrêté en décret.

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 mai 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LAVERAN.

M. CHARRIN présente une note de M. GUINARD, de Lyon, qui a dressé une *échelle de la toxicité des urines* chez les différents Mammifères. On peut ainsi ranger, par ordre de toxicité décroissante, les principaux animaux domestiques : chien, porc, bœuf, cobaye, mouton, chèvre, âne, cheval, lapin, chat. La toxicité de l'urine de l'homme est intermédiaire à celle du chien et du porc.

M. CHARRIN a étudié l'effet produit sur le parenchyme du foie et du rein par *l'injection de cadavres du bacille pyocyanique*. En injectant dans le canal cholédoque et dans l'uretère les cultures pures stérilisées par la chaleur, on observe des lésions interstitielles marquées du foie et du rein; c'est-à-dire des accumulations de cellules embryonnaires en traînées ou même en nodules miliaires.

M. HANOT remarque que les dessins de foie présentés par l'auteur rappellent le type décrit par lui sous le nom de cirrhose hypertrophique biliaire ; il en conclut que ce type a donc bien une existence réelle et qu'il est probablement dû à une hépatite infectieuse.

M. HENNEGUY a recherché les *métamorphoses régressives des ovules* qui se résorbent normalement dans l'ovaire des Mammifères. Ces ovules subissent une segmentation plus ou moins accusée, une sorte de division parthénogénétique qui n'est jamais poussée très loin. En effet, les figures de karyokynèse sont réduites et souvent multiples, et les fragments de noyaux provenant de ces divisions irrégulières peuvent se comporter comme un noyau complet vis-à-vis du protoplasma cellulaire dans lequel ils sont inclus.

M. STRAUS dépose une note de MM. COSTANTIN et SABRAZÈS, de Bordeaux, *sur les différents champignons du favus* étudiés chez l'homme, le chien et la poule. Celui de la poule présente de telles différences morphologiques avec les précédents qu'il y a lieu d'en faire un genre à part.

M. BILLET adresse une note sur un cas de mort subite paraissant causée par l'accumulation dans le foie du *Distomum sinense*.

M. MÉGNIN rapporte un cas favorable de l'action du suc testiculaire chez un chien atteint de sarcomatose généralisée.

M. MERGIER présente un *appareil destiné à mesurer les résistances électriques du corps humain.*

Destruction expérimentale des cellules hépatiques.

M. PILLIET. — Les lésions expérimentales du foie ont été l'objet d'une série déjà nombreuse de recherches, mais toutes ont pour but d'observer la régénération du tissu hépatique détruit. Elles remontent assez loin, car Holm s'occupait déjà, en 1867, de la résistance des cellules hépatiques aux agents irritants expérimentaux. Il n'avait pour but, comme ses successeurs, Koster, Joseph, Mayer, Frölich, etc., que de rechercher la participation des cellules hépatiques à la sclérose conjonctive et à la formation du tissu de cicatrice dans le foie. D'autres auteurs recherchèrent plus tard non pas la formation de la sclérose, mais la régénération du foie lésé ; c'est ainsi que Collucci, Tizzoni, en 1883, Griffini, en 1884, étudient la régénération du tissu hépatique écrasé, dilacéré ou sectionné. Le travail le plus remarquable, à ce point de vue, est celui de Powissozki, qui a constaté les différents stades de la division indirecte sur les cellules hépatiques en voie de prolifération. Un nouveau moyen d'investigation fut trouvé par C. Lapeyre qui, d'après les conseils de M. Kiener, eut l'idée d'injecter dans le foie de l'acide phénique, dans le but d'y produire des lésions aseptiques. Les résultats obtenus par cet auteur sont consignés dans sa thèse Montpellier, 1889). Nous nous sommes servi de sa méthode, mais dans un but tout différent. Il ne s'agissait pas, en effet, pour nous, d'étudier la régénération du foie, mais sa destruction, et d'observer comment mouraient les cellules au contact desquelles arrivait un agent toxique mais non microbien, de façon à pouvoir comparer les différents processus que pouvaient présenter ces morts de cellules avec les nécroses que l'on observe couramment dans les hépatites infectieuses. Nous avons essayé, à ce point de vue, le nitrate d'argent, l'acide phénique, l'acide formique et la teinture d'iode. Nous pouvons pourtant résumer ainsi ces premières recherches : le nitrate d'argent frappe les éléments d'une momification, d'une espèce de nécrose sèche que l'on pourrait comparer à la nécrobiose. Quand les cellules deviennent vésiculeuses, elles restent petites, plus petites qu'à l'état normal. L'acide phénique donne, au contraire, des altérations vésiculeuses analogues à celles de l'éclampsie. Mais ces deux sortes de lésions ne sont pas spéciales aux agents toxiques et l'on retrouve leurs équivalents dans les foies infectieux, ce qui tendrait à établir qu'au point de vue anatomo-pathologique l'agent infectieux ne diffère de l'agent toxique qu'en ce qu'il peut se reproduire et se multiplier, et non parce qu'il peut déterminer des lésions cellulaires différentes. Le nitrate d'argent nous a paru très utile pour ces recherches, car les points atteints par le réactif prennent assez vite une teinte caractéristique qui permet de ne pas décrire des lésions purement traumatiques comme résultant de l'action du caustique. A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 mai 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

Suite de la discussion sur la suture des nerfs. — L'inhibition et la dynamogénie.

M. BROWN-SÉQUARD dans une communication très écoutée expose son importante théorie de l'inhibition et de la dynamogénie, ainsi que ses applications aux résultats fournis par la suture des nerfs. Les transformations de la force nerveuse dues à l'inhibition et à la dynamogénie se rencontrent à chaque pas en physiologie. La moindre irritation produit ces deux phénomènes et le plus souvent simultanément. En voici des exemples. Premier exemple : La section du sciatique chez un animal produit une augmentation énorme du pouvoir de la moelle et du cerveau du côté correspondant à la section, une diminution du côté opposé. Deuxième exemple : L'hémisection de la moelle donne, on le sait, anesthésie du côté opposé, hyperesthésie du côté correspondant à la section. Mais il ne s'agit pas, comme on l'a cru longtemps, de la section des conducteurs. Faites, en effet, une autre hémisection plus bas et du côté opposé, les phénomènes changent de côté, l'hyperesthésie remplaçant l'anesthésie et *vice versâ*. Troisième exemple : La piqûre du prétendu nœud vital produit l'inhibition des échanges organiques. Le sang veineux reste rouge. La rigidité cadavérique peut alors durer des semaines. Elle dura 47 jours sans putréfaction sur un chien que M. Brown-Séquard put présenter à la Société de Biologie.

La théorie du conducteur électrique, défendue avec talent par M. Le Fort, est inadmissible en raison de la dégénérescence nerveuse. Bien plus, on peut démontrer expérimentalement que même en suturant immédiatement un nerf sectionné, la conductibilité n'est pas rétablie. Coupez le sciatique d'une grenouille et suturez-le aussitôt. Vous pouvez strychniser la grenouille ; les convulsions générales qui s'y produisent ne se transmettent pas au membre répondant au sciatique coupé. Vous pouvez exciter d'autre part le sciatique suturé sans provoquer la moindre réaction.

La suture agit en excitant les nerfs qui ne sont pas encore dégénérés, en produisant de la dynamogénie ; elle agit en luttant contre l'inhibition étendue qui s'est produite du fait de la section nerveuse non seulement dans la région où se distribue le nerf mais dans une zone plus étendue par suite des anastomoses. Une observation de M. Tillaux le prouve. La suture du nerf avait fait disparaître l'anesthésie dûe à une section du médian. Le ma-

lade fait une chute et se contusionne le nerf suturé. L'anesthésie reparaît.

M. Tillaux intervient de nouveau, croyant à une rupture de la suture; il trouve la suture intacte. Mais la simple incision qu'il a faite rétablit par dynamogénie la sensibilité. Le rôle de la dynamogénie et de l'inhibition pourra être en thérapeutique considérable. C'est par dynamogénie que des compresses de chloroforme appliquées sur le thorax augmentent l'activité du nerf phrénique et du diaphragme. C'est par inhibition qu'un courant continu passant par la pituitaire arrête instantanément une migraine.

Le typhus à l'Hôtel-Dieu en 1893.

M. Lancereaux a soigné à l'Hôtel-Dieu les dix premiers cas de typhus survenus à Paris. Les principaux symptômes ont été : 1° turgescence de la face avec éruption exanthématique occupant le tronc et les membres, rarement la face; 2° hyperthermie variant de 40°6 à 38°8 avec faibles différences du soir au matin, langue sèche, diarrhée verdâtre mêlée de mucus ; 3° urines rares, troubles avec diminution de l'urée, albuminurie variant de 0 gr. 20 à 0 gr. 45 cent. par 24 heures, urobilinurie ; 4° troubles nerveux ataxo-adynamiques des plus graves. C'est vers le quinzième jour que la défervescence est survenue. Deux malades seulement succombèrent. A l'autopsie on ne trouva pour toute lésion qu'une congestion intense de la base des poumons. Chez un seul malade la rate était hypertrophiée. Les tentatives de cultures avec le sang de cette rate furent négatives. En dehors de l'aération continue, des pulvérisations phéniquées courantes, le traitement a été le suivant : 1° comme régime, lait exclusivement, café, grogs, nettoyages fréquents de la bouche au jus de citron ou à la glycérine, champagne coupé d'eau en cas de soif vive; 2° contre l'hyperthermie, lotions alcoolisées matin et soir, bains tièdes de 20 à 30 minutes suivis d'une friction alcoolique, lorsque la température dépassait 40°; en cas de torpeur excessive, bains froids et douches; 3° contre la dépression nerveuse, éther et caféine en potion à dose de 1 à 2 gr. par jour.

La plupart des malades paraissaient avoir contracté le typhus dans des localités diverses de la province et même de l'étranger. On voit donc l'importance qu'il y a pour l'Administration à être prévenue de toutes les épidémies locales même peu étendues.

L'ophtalmie sympathique.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. Galezowski (1) relatif aux hémorrhagies et aux anévrysmes du cercle ciliaire dans l'ophtalmie sympathique.

Elections. — Correspondance.

MM. Schiff (de Genève) et Hlava (de Prague) sont élus correspondants étrangers.

M. Crivelli (de Melbourne) pose sa candidature comme membre correspondant national. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 mai 1893. — Présidence de M. Fernet.

M. Moizard a eu l'occasion de rencontrer deux cas d'*ostéo-arthropathies pneumoniques chez l'enfant.* La première observation peut se résumer ainsi : pleuro-pneumonie, pleurésie purulente métapneumonique terminée par une vomique. Lésions d'ostéo-arthropathies développées un mois après le début des accidents et limitées seulement aux phalanges des doigts. Dans le 2e cas, pleurésie purulente métapneumonique apyrétique avec empyème guéri en 28 jours. L'ostéo-arthropathie, limitée aux phalanges des deux mains, diminua rapidement après la guérison de la pleurésie. Ces cas sont assez rares pour qu'il soit utile de les signaler et d'en montrer les moulages.

M. Marfan a eu l'occasion de rencontrer 3 cas analogues. Dans deux, l'affection survint chez des enfants atteints d'affections chroniques suppuratives des voies respiratoires (empyème et dilatation bronchique). Le troisième se rencontra au cours d'une cystite compliquée de pyélonéphrite. Elle n'est donc pas exclusivement d'origine pneumonique.

M. Hayem fait une communication sur l'anatomie *pathologique de la gastrite chronique hyperpeptique.* L'estomac est un organe très délicat que nous surmenons tous, dès le premier âge, par des écarts de régime. Aussi, dans les autopsies les plus diverses, rencontre-t-on fréquemment les altérations de la gastrite chronique qui portent sur les glandes ou le tissu interstitiel et quelquefois sur les deux en même temps. On peut reconnaître à ces altérations trois périodes: 1° *Début.* Les tubes glandulaires de l'estomac sont notablement gonflés avec prolifération épithéliale très marquée. A cette phase, l'épithélium de la surface et celui de la partie excrétante sont généralement intacts ; 2° *Période d'état.* Les lésions consistent en une hypertrophie avec multiplication active des cellules peptiques. Dans les cas typiques l'altération est généralisée. Les altérations du tissu interstitiel peuvent encore être très restreintes, mais l'appareil muqueux a disparu; 3° *Phase terminale*, caractérisée par la régression progressive des glandes et l'atrophie de la muqueuse. Ces hyperpeptiques étaient généralement considérés comme des névropathes ; la constatation d'une lésion anatomique conduit à mettre en doute l'existence d'une dyspepsie essentielle primitivement nerveuse. Cette maladie n'est pas au-dessus des ressources thérapeutiques ; son évolution est lente et, pendant la période de début jusqu'ici mal connue, l'intervention médicale peut avoir une prompte efficacité. Il faut donc rechercher ses états gastriques latents. On verra aussi diminuer, dans une proportion notable, le nombre des incurables et on évitera aux gastropathes les redoutables et multiples complications qu'entraînent les mauvaises digestions. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 mai 1893. — Présidence de M. Périer.

Hydronéphrose intermittente.

M. G. Marchand cite deux observations d'hydronéphrose intermittente, traitées d'une façon différente et terminées par la guérison. La première malade présentait une double lésion : une inflammation des annexes et une ptose rénale droite complète (association assez fréquente). Castration. Bientôt accidents douloureux dans le flanc *droit*, fièvre, vomissements, frissons, diminution de moitié dans la quantité d'urine émise. *Rein mobile devenu fixe, immobile.* La crise dura trois jours, pendant lesquels les urines furent troubles et même purulentes. Plus tard, nouvelles crises, tantôt tous les 15 jours, tantôt tous les 8 jours. Néphrotomie (car on s'était demandé s'il ne s'agissait pas d'un calcul du rein) pour explorer le bassinet et le désinfecter. On ne trouva pas de calcul et on fixa le rein incisé. Drainage. On constata pendant l'opération la réalité de la distension du bassinet. Suites très simples. Guérison sans fistule. — La deuxième observation est toute différente. Il s'agit d'une malade de 21 ans, souffrant dans le flanc *gauche.* Pas de diagnostic ferme. Rien à droite. Hydronéphrose intermittente infectée au moment des crises, diminution de 3.000 gr. à 1.750 gr. dans la quantité des urines émises. Pas de mobilité rénale. A un moment, albumine et pus. A l'opération (néphrectomie sous-capsulaire), on trouva un rein *hydronéphrotique tuberculeux* et infecté par le staphylocoque blanc. Inutile d'ajouter que ce cas diffère complètement du précédent, et on comprend qu'on n'ait pas dans ce fait trouvé la coudure caractéristique de l'hydronéphrose intermittente des reins mobiles.

M. Monod revient sur la malade dont il a parlé dans la dernière séance et dont il a présenté le rein hydronéphrotique. Il insiste sur ce fait qui était un cas typique d'hydronéphrose intermittente et où l'on a trouvé la lésion caractéristique, c'est-à-dire la coudure de l'uretère. Dans cette occasion, il a fait la néphrectomie transpéritonéale *sans drainage*, opération qui jusqu'à présent a dû être rarement faite. Son opérée, aujourd'hui, peut être considérée comme guérie.

M. Tuffier a opéré plusieurs fois des hydronéphroses intermittentes. Assurément il y a, dans certains cas, coudure

(1) Voir *Progrès médical*, 1893, n° 13, p. 237.

de l'uretère : il a pu le constater sur le vivant plusieurs fois, et cela s'observe quand il y a un rein mobile. Il faut bien distinguer l'hydronéphrose intermittente ordinaire de l'hydronéphrose infectée ou pyonéphrose intermittente. Quelques-unes de ces malades ont pu guérir par la ponction : il en connaît deux exemples. Il faut faire tantôt la néphropexie, tantôt la néphrotomie, tantôt la néphrectomie.

M. Lucas-Championnière. — Dans quelques hydronéphroses intermittentes, on ne peut pas trouver de coudure de l'uretère. Il y a des hydronéphroses intermittentes calculeuses ; j'en ai vu au moins un exemple. Il importe surtout de constater dans cette maladie la régularité du retour des crises. J'ai fait plusieurs fois l'ablation transpéritonéale du rein, sans drainer la cavité rétropéritonéale.

M. Monod. — J'ai relevé ce point de médecine opératoire parce que M. Terrier a insisté sur la nécessité du drainage. Il est évident que, quand l'uretère est aseptique, le drainage est inutile.

M. Bouilly. — Dans une opération récente, j'ai enlevé un rein par le même procédé que M. Monod et j'approuve à ce propos sa manière de voir.

M. Bazy. — Il est démontré que, dans la plupart des cas, l'hydronéphrose intermittente est liée au rein mobile. J'ai observé un cas qui le prouve péremptoirement.

M. Regnier. — Peut-être la coudure de l'uretère n'est-elle que la conséquence de l'hydronéphrose? J'ai dans mes notes l'histoire de deux malades atteints d'hydronéphrose intermittente.

M. Tuffier. — Il y a des hydronéphroses intermittentes qui n'ont rien à voir avec le rein mobile. Plusieurs fois, j'ai fait la néphrectomie transpéritonéale sans drainage. Le drainage est inutile quand l'uretère n'est pas infecté.

M. Reclus. — J'ai utilisé avec succès ce drainage dans 5 opérations.

M. Segond rappelle les cas d'hydronéphrose intermittente qu'il a observés, observations qui sont rapportées brièvement dans le travail de MM. Terrier et Baudouin. J'ai fait, il y a 5 ans, la néphrectomie transpéritonéale sans drainage.

M. Felizet lit un travail sur un *nouveau procédé de tarsectomie postérieure.* Il consiste à inciser au niveau de la partie postérieure de la plante du pied et sur la face postérieure du talon, de façon à attaquer les os par en bas. La cicatrice plantaire, quand il n'y a pas suppuration, ne présente aucun inconvénient.

M. Delorme présente un malade atteint de *luxation incomplète et récidivante de la jambe en avant et en dehors.*

M. Monod présente une série de *corps étrangers articulaires* extraits du genou par l'arthrotomie.

M. Felizet présente des *pièces provenant de la cure radicale d'une hernie faite 14 mois auparavant chez un enfant de 8 mois.*

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 18 mai 1893. — Présidence de M. E. Besnier.

M. Hallopeau fait une communication sur *le traitement de la pelade par l'essence de Wintergreen.* La communication faite par l'auteur sur ce même sujet à la Société de Thérapeutique a soulevé une sérieuse objection : il s'était appuyé, pour recommander ce traitement, sur les résultats comparatifs donnés par l'emploi simultané de l'essence de Wintergreen et de l'essence de cannelle sur les deux moitiés d'un cuir chevelu peladique ; or il est possible que spontanément, en dehors de toute intervention thérapeutique, les deux moitiés d'un cuir chevelu réagissent différemment sous l'influence du contage peladique ou constituent pour lui des terrains d'inégale valeur ; on voit en effet des teignes rester limitées, sans cause appréciable, à une moitié du cuir chevelu ; on pouvait donc se demander si les différences observées par l'auteur entre l'évolution des plaques peladiques de chaque moitié de la tête n'étaient pas dues à une influence analogue plutôt qu'à l'action différente des traitements employés. De nouvelles expériences étaient nécessaires pour juger la question. L'auteur a traité de nouveau par l'essence de Wintergreen une partie des plaques restant sur la moitié non guérie du cuir chevelu de son malade, alors que les autres ont continué à être soumises à l'action de la teinture de cannelle ; or, cette fois encore, la différence des résultats obtenus par les deux médications est des plus frappantes : tandis, en effet, que les plaques traitées par l'essence de Wintergreen sont guéries ou en voie de guérison avancée, celles qui sont traitées par l'essence de cannelle commencent à peine à s'améliorer ; les conclusions formulées antérieurement par l'auteur relativement à l'efficacité du traitement de la pelade par l'essence de Wintergreen se trouvent donc pleinement confirmées. Pour ce qui est du mode d'emploi de cette essence, la préparation la plus active paraît être son mélange avec une quantité égale d'éther ; elle n'est nullement irritante ; ce n'est donc pas, en pareil cas, à une inflammation transformant le cuir chevelu en un milieu impropre à la culture du contage peladique, mais bien à une action parasiticide qu'il faut attribuer les effets curatifs.

M. Paul Raymond présente trois enfants atteints de *perlèche*, affection très commune dans les écoles ; c'est une lésion de la commissure des lèvres caractérisée par une altération de l'épiderme qui se tuméfie et devient blanchâtre, et par une fissure plus ou moins profonde. Elle se localise aux commissures labiales, mais s'étend souvent vers la joue. Lésion superficielle, elle n'a aucune gravité, tend à guérir en quelques semaines, mais récidive très facilement. Elle est très contagieuse et se montre souvent sous forme épidémique dans les écoles. M. Raymond a constamment trouvé dans les lésions de la perlèche le staphylococcus cereus albus ; mais il pense que d'autres microorganismes peuvent produire cette lésion qui n'a donc rien de spécifique. Le perlèche pourrait en imposer pour de l'herpès labial et même pour des plaques muqueuses : aussi est-il nécessaire d'appeler l'attention sur cette lésion cutanée encore peu connue.

M. Fournier fait ressortir l'importance de ces cas au point de vue médico-légal, en raison du diagnostic avec la syphilis.

M. Barthélemy lit une note, au nom de M. Van Hoorn, sur *le traitement des éphélides* par l'application de pommade résorcinée, selon la méthode de M. Unna.

D'une discussion sur ce sujet, il résulte que la méthode donne de bons résultats, mais qu'elle est douloureuse et qu'elle nécessite, pour des lésions limitées une application de la pommade résorcinée sur la totalité du visage.

M. de Beurmann présente une malade atteinte de *dermatite exfoliatrice subaiguë* à évolution anormale, et sur la nature de laquelle il n'est pas fixé. La maladie a commencé il y a 3 ans, par une érythrodermie faciale, à la suite de laquelle les lésions cutanées se sont généralisées et sont survenus d'autres accidents : chute des cheveux, des ongles, fièvre, mauvais état général, etc.

M. du Castel représente la malade, qu'il considère comme un type clinique *de lèpre*, et qu'il a présentée dans une séance antérieure. Il insiste sur la tendance pigmentaire que présentent à leur suite les anciennes lésions lépreuses.

M. Zambaco. — En Orient, je n'hésiterais pas à considérer cette femme comme lépreuse. Les poussées consécutives dont a parlé M. Du Castel sont très curieuses et s'observent souvent. Pour déceler la présence des bacilles, je n'ai guère confiance dans le procédé du vésicatoire, à moins qu'il ne s'agisse de lèpre tuberculeuse, car dans ce cas les bacilles sont en quantité considérable sous l'épiderme ; mais, dans la lèpre nerveuse, on ne voit pas comment ils viendraient de la profondeur à la surface. De ce qu'on ne trouve pas d'ailleurs le bacille dans une lésion réputée lépreuse, il ne s'ensuit pas que le diagnostic ne soit pas exact.

M. Darier. — Dans des préparations de pus provenant d'un vésicatoire appliqué dans un cas de lèpre réellement nerveuse, j'ai trouvé des bacilles en quantité innombrable ; mais je me demande s'il s'agissait bien réellement d'une lèpre uniquement nerveuse et s'il n'y avait pas de tubercule cutané, car il est difficile d'admettre qu'après la simple application d'un vésicatoire il puisse se développer une telle quantité de bacilles dans la lèpre nerveuse pure.

MM. H. Hallopeau et Jeanselme communiquent une deuxième note sur une *poussée aiguë de lèpre* et plus

particulièrement sur ses localisations multiples dans les nerfs périphériques. Dans une précédente communication, les auteurs ont surtout insisté sur les localisations de cette poussée aiguë du côté des yeux et des testicules ; ils ont également mentionné la production rapide d'une griffe due à l'impotence fonctionnelle du nerf cubital ; depuis lors, les lésions, tout en persistant dans ces mêmes parties, ont envahi un grand nombre de nerfs périphériques, donnant lieu ainsi à des paralysies, des anesthésies et des amyotrophies remarquables par leur distribution et leurs caractères. C'est au niveau des membres qu'elles atteignent leur maximum d'intensité : les extenseurs des pieds ont en grande partie disparu ; il en résulte cette démarche toute particulière que l'on observe dans les pseudo-tabes toxiques et infectieux, le *steppage*. Aux membres supérieurs, la griffe cubitale s'est accentuée. Au visage, une paralysie occupant toute la sphère de distribution du nerf facial droit s'est produite en peu de jours ; l'orbiculaire droit est également intéressé, de telle sorte que, de chaque côté, l'occlusion de l'œil ne peut se faire qu'incomplètement. La sensibilité est abolie dans les parties des membres sous-jacentes aux coudes et aux genoux ; elle est pervertie aux cuisses et aux bras ; là le contact d'un corps froid y donne la sensation d'un corps chaud ; il en est de même au front. Les nerfs qui commandent les territoires atrophiés ont considérablement augmenté de volume.

M. Zambaco communique à la Société les résultats des recherches qu'il a entreprises *sur la lèpre dans le midi de la France* et il fait passer des photographies qui montrent bien qu'à Lyon, Toulouse, Bagnères, Argelès, Montpellier comme sur le littoral méditerranéen, cette affection existe encore quoique fruste et atténuée. En ce qui concerne la pellagre, M. Zambaco ne veut pas affirmer, mais il a une tendance à croire qu'il s'agit bien de lèpre. Peut-être, certains pellagreux ne sont-ils que des lépreux. La lèpre existe donc un peu partout en Europe.

M. Fournier communique l'observation d'une femme atteinte *d'hystéro-neurasthénie d'origine syphilitique*. La syphilis date de septembre 1892 : peu après survint de l'asthénie physique et morale, puis des accidents nettement hystériques multiples et notamment une convulsion spasmodique du muscle droit supérieur de l'œil qui attirait brusquement de 10 à 15 fois par minute le globe de l'œil en haut. A signaler aussi des algidités périphériques : les pieds et les mains devenaient froids : leur température n'était que de 24°. Ces algidités commençaient par une syncope locale, puis venait le cyanose : on avait sous les yeux une véritable ébauche de la maladie de Raynaud.

M. Hudelo présente une malade atteinte d'une *ulcération de la muqueuse buccale d'origine tabétique*.

M. Mendel présente une malade atteinte de *syphilis du système nerveux*. Comme accidents : paralysie de la sixième paire ; polyurie (de 16 à 18 litres dans les 24 heures) avec glycosurie légère ; début actuel de paralysie de la troisième paire ; incoordination, tremblements, etc.

M. Mendel pense à une sclérose en plaques ou à une méningo-myélite à foyers disséminés dont la syphilis doit être rendue responsable. Le terrain a pu être préparé par une hystérie antérieure.

M. Fournier. — C'est là un exemple de ces manifestations syphilitiques du côté du système nerveux que j'appellerai la syphilis nerveuse maligne précoce.

MM. Fournier et Darier présentent un malade atteint d'*épithéliome papillaire de la verge*. — La lésion a débuté, il y a 4 ans, et elle est aujourd'hui limitée : la surface est rouge, luisante, vernissée, veloutée. Pas de retentissement ganglionnaire. A l'examen biopsique, on a trouvé un accroissement énorme de l'épiderme avec allongement des papilles : les cellules des bourgeons interpapillaires sont altérées et présentent les caractères fœtaux. Il s'agit d'une hyperplasie épithéliale, d'un épithéliome bénin papillaire.

M. Balzer, qui a vu le malade au début de son affection, dit qu'elle était alors caractérisée par une petite végétation sessile.

M. Fournier. — C'est un exemple de ces ulcérations syphiloïdes encore peu décrites. Ce cancroïde bénin superficiel érosif se présente toujours avec les mêmes caractères d'érosions indolentes, de couleur rouge sombre, d'aspect velouté, érosions sans bords et sans engorgement ganglionnaire. Elles sont réfractaires à tout traitement.

M. Quinquaud fait une communication sur la *toxicité du sérum dans les affections cutanées*. Cette toxicité du sérum est normale et il suffit de 3 c. c. de sérum sanguin par kilogr. d'animal pour tuer un lapin. La toxicité augmente dans les dermatites exfoliantes à leur première période pour diminuer à une phase ultérieure. De même elle s'accroît dans les pemphigus infectieux, tandis que dans les pemphigus chroniques il y a hypotoxicité. Dans les poussées aiguës d'eczéma, à la phase de généralisation, il y a encore hypertoxicité. M. Quinquaud a extrait du sérum sanguin diverses substances, dont l'une amène la cachexie des animaux et leur mort lente. Une autre, éminemment toxique, amène à la dose de un demi-milligramme la mort des cobayes en cinq minutes. La présence de toutes ces substances permet de comprendre certains symptômes des affections cutanées, et leur connaissance est du plus haut intérêt au point de vue thérapeutique.

M. Sabouraud fait part des examens qu'il a pratiqués sur les parasites d'une *teigne tondante* développée chez une femme de 21 ans. Dans toutes les cultures il a obtenu le tricophyton à grosses spores. Il communique ensuite une note sur l'existence saprophyte du tricophyton. Paul Raymond.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE.

Séance du 1er mai 1893. — Présidence de M. Lagrange.

M. Meyer. — Depuis que de Græfe a fixé la thérapeutique du strabisme, il n'a pas laissé beaucoup à faire. Il disait déjà que la section du muscle a un effet incertain si on ne touche pas à la capsule de Ténon. Cet auteur faisait des sutures sous-conjonctivales qui valent l'avancement capsulaire, et il disait que cette opération suffisait pour obtenir une correction suffisante, et la préfère à l'avancement musculaire.

Je reconnais que M. Parinaud a raison d'accorder une grande importance aux centres nerveux dans la production du strabisme, mais je ne saisis pas leur rôle dans le cas de strabisme divergent.

M. de Wecker. — Jadis, on avait pour but d'affaiblir les muscles, aujourd'hui on cherche à leur donner de la force. Il me semble qu'il y a là une différence assez notable pour qu'on ne puisse pas dire que, depuis de Græfe, aucun progrès n'a été accompli.

M. Panas. — L'avancement musculaire sera toujours en même temps un avancement capsulo-musculaire, la disposition anatomique de la gaine et des muscles le prouve. En comparant les deux procédés : avancement capsulaire et avancement musculaire, j'ai constaté qu'on obtient des effets différents.

En avançant le muscle, on peut obtenir tous les effets que l'on veut par le point où est placé l'insertion tendineuse. Le pli capsulo-tendineux, au contraire, agit comme une sorte de tendon d'arrêt, dans l'avancement capsulaire, et l'effort est limité. Je n'emploie ce dernier procédé que dans les degrés faibles de strabisme.

M. Motais (d'Angers). — Je n'ai jamais constaté les expansions que signale M. Parinaud allant « de l'insertion tendineuse du muscle au rebord de l'orbite. » Je ne connais que la gaine antérieure et du tissu cellulaux.

Quant à l'avancement musculaire je le crois doué d'une action plus énergique que l'avancement capsulaire.

M. Javal (de Paris). — Depuis trente ans je m'occupe des exercices stéréoscopiques. Ils sont souvent mal compris car les mires des appareils sont mal préparées en général. J'avoue que les résultats sont purement théoriques et qu'ils sont hors de proportions avec les effets qu'on peut obtenir.

Toutefois ces résultats démontrent que l'établissement de la vision binoculaire est toujours possible même si l'amblyopie est congénitale. Néanmoins je ne crois pas que ce mode de traitement puisse entrer dans la pratique, il réclame trop d'efforts et d'attention de la part du malade.

M. Abadie. — Dans l'étiologie du strabisme, M. Parinaud semble attribuer à l'élément nerveux cérébral une importance

plus grande qu'à la constitution même du globe oculaire et de ses muscles. Je ne puis accepter sa manière de voir. Dans tous les cas, en effet, de véritable strabisme convergent, monolatéral, il est d'abord de règle de constater, ainsi que l'a signalé Donders, de l'hypermétropie. Mais en outre le plus souvent l'œil dévié présente non seulement un raccourcissement de l'axe antéro-postérieur, mais d'autres malformations congénitales encore mal connues qui le rendent amblyope.

Ceci nous explique même fort bien pourquoi les traitements optiques ou médicaux préconisés si souvent et qui consistent soit à faire porter des verres correcteurs de l'hypermétropie, soit à instiller de l'atropine pour supprimer l'accommodation ne donnent pas de résultats favorables. Il faudrait du même coup pouvoir corriger l'anomalie de la réfraction et rendre à l'œil qui va se dévier et qui est amblyope une acuité visuelle égale à celle de l'autre.

Alors, mais alors seulement, la vision binoculaire s'exercerait comme dans les conditions normales, les centres psycho-moteurs oculaires se développeraient parallèlement et l'enfant ne loucherait pas. Aussi, tant que nous ne saurons pas au juste ce qu'est l'amblyopie congénitale et comment on peut y remédier, nous ne pourrons songer à guérir le strabisme par les moyens indiqués plus haut.

Je n'opère pas avant l'âge de cinq ans, parce que le travail complexe d'évolution du strabisme se fait précisément pendant la première enfance. Ce travail d'évolution qui porte à la fois et sur le système musculaire des yeux et sur les centres psycho-moteurs oculaires, ne semble guère terminé avant cette première période de l'enfance. Si vous opérez avant cette époque, l'évolution continuera malgré tout et vous aurez des récidives.

Quant aux procédés opératoires, au lieu de piétiner sur place j'estime au contraire qu'on a atteint un degré de perfection inouïe, puisqu'au bout d'un certain temps l'opérateur lui-même peut reconnaître l'œil qu'il a opéré.

Mais, pour arriver à un résultat aussi parfait, il y a des petits détails pour ainsi dire qu'il ne faut jamais négliger. C'est ainsi que si au bout de deux ou trois jours l'hypercorrection est encore un peu forte, avec le crochet à strabisme on rompra les nouvelles adhérences encore peu solides et on pourra ainsi rectifier la position d'un à deux millimètres. Si, au contraire, la correction n'est pas suffisante, avec des lunettes appropriées on forcera le regard dans le sens qui permettra d'augmenter le reculement musculaire.

Dans les degrés élevés, quand le strabisme n'est pas alternant, il faut toujours combiner au reculement du muscle contracté l'avancement de son antagoniste. M. de Wecker parle de substituer à l'avancement musculaire l'avancement capsulaire. Je ferai remarquer à M. de Wecker que tout opérateur qui avance le muscle avance en même temps forcément la capsule puisque cette dernière qui double la conjonctive est traversée par les fils. En outre, quand M. de Wecker prétend qu'il n'avance que la capsule il se trompe puisque les fils de suture qu'il emploie traversent aussi le muscle. Donc, quoi qu'il en dise et qu'il le veuille ou non, il fait en même temps qu'un avancement capsulaire un avancement musculaire.

Enfin, pour bien convaincre M. de Wecker que la capsule de Ténon joue dans la mobilité du globe un rôle infiniment moindre que les muscles eux-mêmes, je lui rappellerai que dans les paralysies oculaires, malgré l'intégrité de l'aponévrose fibreuse, l'œil se dévie parfois d'une façon extraordinaire.

M. Suarez de Mendoza (d'Angers). — Je crois qu'on n'obtient pas souvent tout ce que le traitement optique peut donner dans le strabisme, parce qu'on n'insiste pas assez longtemps chez les jeunes sujets sur les exercices capables de réveiller la rétine paresseuse et rétablir la vision binoculaire.

En province, où l'entraînement opératoire est moins grand qu'à Paris, le traitement optique donne, à mon avis, plus de succès qu'à Paris. Ainsi, dans ma pratique de 15 ans, sur 387 strabismes que j'ai eu à soigner, 31 ont guéri sans opération.

Quant à l'opération elle-même, je désire seulement insister, malgré l'avis contraire de mon cher confrère le Dr Abadie, sur l'avantage qu'il y a à répartir systématiquement la correction dans les deux yeux, dès que le strabisme dépasse 25°.

Cette façon d'agir a les avantages suivants : 1° l'opération trouble moins l'association des mouvements oculaires ; 2° le rétablissement de la vision binoculaire devient par ce fait plus facile ; 3° au point de vue esthétique, les malades sont plus satisfaits parce que les globes oculaires, après la double intervention, sont également proéminents, ce qui n'arrive pas toujours lorsque l'action chirurgicale n'est limitée qu'à un seul œil.

Depuis dix ans, en agissant ainsi, je n'ai eu besoin de recourir à l'avancement musculaire ou capsulaire que 15 fois sur 253 opérations dont le résultat final a toujours été excellent.

M. Masselon (de Paris). — Dans toute opération de strabisme on doit s'attacher à rendre à l'organe une étendue égale et normale de son arc excursif. Je crois donc qu'il vaut mieux porter tout l'effort sur l'avancement du muscle antagoniste et modérer le reculement du muscle.

M. Grandclément (de Lyon). — Je suis partisan de la théorie nerveuse du strabisme. J'ai pu la vérifier dans les cas de paralysie essentielle de la convergence qui chez de jeunes sujets de 13 ans aboutissait à un strabisme divergent.

M. Chibret (de Clermont-Ferrand). — Même chez les jeunes enfants je n'emploie pas l'atropine. Grâce à la skiascopie on peut arriver à un diagnostic exact de la réfraction et j'ai pu ainsi donner des lunettes à des enfants de quinze à dix-huit mois.

M. Parinaud. — M. Landolt vient de dire que la théorie nerveuse du strabisme est admise depuis longtemps; mais les faits sont là pour montrer ce que vaut une telle assertion. Il y deux ans, M. Landolt lui-même combattait cette théorie quand j'en ai indiqué les principales lignes au Congrès d'Ophtalmologie.

J'affirme encore que les amétropies, les taies cornéennes, tous les troubles oculaires en somme, n'amènent la production du strabisme qu'après que leur influence a passé par le cerveau. Et cela, j'ai été le premier à le dire.

Du glaucome syphilitique.

M. Samelson (de Cologne). — J'ai observé deux cas entièrement semblables de glaucome, que je ne puis rattacher qu'à la syphilis. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un malade que j'opérai pour un glaucome aigu par l'iridectomie. Il semblait guéri de ses accidents quand, un mois après, il revint avec une nouvelle poussée de glaucome aigu. Le fait me parut extraordinaire, et en examinant de près l'œil malade, je trouvai à la partie postérieure de la membrane de Descemet des dépôts pointillés qui me firent comprendre qu'il ne s'agissait pas là d'un vrai glaucome, mais d'une iritis séreuse. En recherchant alors dans les commémoratifs, je trouvais la syphilis et, à la suite d'un traitement approprié, le malade guérit de tous ses accidents.

Mon second cas est de point en point identique au premier.

Je pense donc que la syphilis peut, chez certains sujets déterminer des accidents de glaucome en engendrant directement une artério-sclérose des vaisseaux du tractus uvéal. L'iridectomie alors agit sur l'élément mécanique de la maladie, mais il faut recourir à la thérapeutique générale pour obtenir une guérison complète.

C'était l'idée des anciens qui, dans les cas de glaucome, recherchaient toujours la cause du côté de l'état général du sujet.

M. de Wecker. — L'iritis séreuse est très fréquente chez les syphilitiques et le glaucome en est très souvent la conséquence. Arlt conseillait dans ces cas d'éviter les excès d'atropine. Les cas de M. Samelson ne peuvent pas être présentés comme des cas de glaucome syphilitique.

La corrélation indirecte existe par l'artério-sclérose. Ce qui n'est pas démontré c'est la relation étroite de cause à effet entre la syphilis et le glaucome.

M. Galezowski. — Chez une femme syphilitique et atteinte de glaucome, l'iridectomie fit cesser la tension. Après quelques instillations d'atropine, j'ordonnai le traitement hydrargyrique.

M. Coppez (de Bruxelles). — Dans des cas absolument semblables à ceux de M. Samelson, j'ai vu l'iridectomie abaisser

la tension. Il s'était fait un iritis plastique et en même temps l'acuité visuelle diminuait.

M. Parinaud. — Un fait acquis, c'est que le glaucome et la syphilis ont un terrain commun, c'est l'artério-sclérose. Chez une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'un glaucome double survenu subitement, l'iridectomie fit cesser la tension, mais la vision était mauvaise. Il existait une chorio-rétinite spécifique avec atrophie complète des vaisseaux rétiniens, par artério-sclérose.

M. Gillet de Grandmont. — Chez deux malades atteints d'iritis séreuse avec synéchies, j'ai observé le glaucome lié à la syphilis. Après avoir fait une double iridectomie, j'ai pratiqué des injections hydrargyriques.

M. Chibret. — Chez une malade atteinte de chorio-rétinite avec atrophie des nerfs optiques, j'ai vu survenir des accidents glaucomateux. Des injections de cyanure firent tout disparaître.

M. Meyer. — Dans les observations de M. Samelson, l'iridectomie n'a pas amélioré l'état du tractus uvéal, bien que diminuant la tension. La guérison a été obtenue par le traitement mercuriel, et de ce fait il pense qu'on doit songer à l'origine spécifique pour de jeunes sujets atteints de glaucome. Pour ma part, je me poserai maintenant cette question.

Quand le glaucome est récent, on peut toujours essayer les myotiques, et en même temps employer la médication spécifique.

M. Kœnig (de Paris). — J'ai observé, il y a trois ans, à la clinique de M. Galezowski, un cas remarquable de glaucome accompagné d'iritis spécifique, survenu chez une jeune femme de 22 ans peu de temps après la période des accidents secondaires. Les accidents se déclarèrent rapidement. Dans l'œil gauche, la pupille était dilatée au maximum, irrégulière, et le bord de l'iris était parsemé de petits condylomes. Tonus élevé; trouble de la chambre antérieure, fond de l'œil inéclairable. Dans l'œil droit, je constatai un peu d'iritis et une endartérite généralisée avec de nombreuses hémorrhagies et une atrophie caractérisée de la papille. Les artères étaient transformées en cordons blanchâtres. La malade, qui était très affaiblie après de nombreuses fausses couches, succomba à une hémorrhagie intestinale quelques mois après.

La soudaineté des accidents, l'âge du sujet, l'artério-sclérose me semblent de nature à éclairer la pathogénie du glaucome syphilitique. Il n'est pas question ici, comme dans des cas de M. Samelson, de glaucome survenu à la suite d'une iritis accompagnée de synéchies, mais d'un glaucome spontané, primitif. Quoi qu'il en soit, le diagnostic fait à temps a une grande importance, car le traitement spécifique institué assez tôt peut empêcher l'évolution de la maladie. C'est un point capital dont l'importance n'échappera à personne.

M. Terson (de Toulouse). — Avant de faire l'iridectomie, on peut pratiquer des paracentèses pour gagner du temps.

M. Samelson. — Je regrette de ne pouvoir donner une description complète de cette forme de glaucome et de sa pathogénie, mais faut-il s'inscrire en faux de suite contre cette idée sous prétexte que les éléments font encore défaut. Ce que j'ai dit peut servir à jeter un peu de clarté dans cette question encore obscure, et cela doit suffire pour retenir l'attention.

Dans mes observations, il s'agit de vrais glaucomes suivis d'iritis, et je ne sache pas que ces cas soient fréquents.

2e séance : mardi 2 mai. — Présidence de M. Samelson (de Cologne).

Etiologie du Chalazion.

M. Parisotti (de Rome). — Des travaux récents ont démontré que dans l'étiologie du chalazion il faut maintenant admettre que le bacille de la tuberculose entre pour une grande part.

Lorsque j'eus connaissance du travail publié par Tangl, un de mes assistants, à qui j'avais enlevé plusieurs chalazions, fut atteint de tuberculose. Un de nos confrères, préparateur du cours d'anatomie, reçut dans les yeux des éclaboussures d'un liquide cadavérique. Il survint ensuite une inflammation des paupières et une série de chalazions fit éruption. La tuberculose existe dans la famille de ce confrère. J'ai alors eu l'idée de répéter les expériences de M. Tangl. J'apporte le résultat de dix-huit observations qui démontrent que e tissu propre du chalazion se rapproche étroitement du tissu du nodule tuberculeux, avec des cellules géantes, etc. Toutefois, l'inoculation ne m'a pas encore donné de résultats assez positifs pour que je puisse donner des conclusions fermes.

M. Juler (de Londres). — Dans les chalazions que j'ai examinés, je n'ai constaté que des cellules épithéliales.

M. Gillet de Grandmont. — De ce que l'animal que l'on inocule est réfractaire à la tuberculose, il ne faut pas conclure à la non spécificité des produits inoculés. C'est une cause d'erreur contre laquelle il faut être prévenu.

M. Boucheron (de Paris). — Il est hors de doute, comme vient de le dire M. Parisotti, que la pathologie du chalazion doive être élucidée par l'expérimentation microbiologique. Dans cette voie, en 1886, j'ai fait une série d'expériences qui ont démontré que la grande majorité des chalazions jeunes produisent des colonies microbiennes, presque toutes micrococciennes. Ces microcoques sont de la famille des microbes pyogènes à des degrés divers d'atténuation. Injectés dans les paupières des animaux, ils reproduisent des tumeurs siégeant dans les glandes meiboniennes, comme habituellement les chalazions. Quelques-unes de ces cultures sont assez virulentes pour produire des accidents généraux après une injection dans les veines de l'oreille du lapin.

M. Lagrange a ultérieurement retrouvé au microscope des microcoques dans un certain nombre de chalazions.

Par conséquent, les chalazions doivent être considérés très généralement comme des cultures microbiennes dans les glandes de Meibonius.

M. Parisotti. — La proximité de la conjonctive explique la nature infectieuse du chalazion. J'ai surtout voulu rechercher si le chalazion était ou non tuberculeux.

Guérison spontanée du décollement rétinien.

M. Dor (de Lyon). — J'ai eu l'occasion d'examiner un individu atteint de décollement de la rétine ancien qui avait laissé à droite des cicatrices, et existait à gauche à l'état de décollement partiel.

Le malade était presque aveugle. Il resta sept ans et demi dans cette position, puis un jour, après une excursion à Lourdes, à laquelle la suggestion ne fut pas étrangère, la vue s'améliora dans des proportions très satisfaisantes. Je l'examinai de nouveau, il n'y avait plus que des cicatrices, le décollement avait disparu. Ce fait prouve qu'il peut y avoir des guérisons spontanées de décollement rétinien et que les fonctions de la rétine ne s'altèrent pas aussi vite qu'on a voulu le dire.

M. Panas. — M. Pamard a cité un cas analogue. J'ai moi-même connu une malade qui, après une cure dans une station d'eaux minérales chlorurées sodiques, revint complètement guéri.

M. Terson a vu un décollement double chez un jeune homme très myope guéri par le repos au lit et les frictions mercurielles.

M. Gillet de Grandmont a aussi vu un cas semblable.

M. Martin attribue une certaine influence au traitement par les eaux salines dans le cas de M. Panas.

M. Browne (de Liverpool) recommande, dans le *traitement des ophtalmies purulentes*, les irrigations prolongées et continues de trichlorphénol.

M. Martin est d'avis qu'on doit réformer le traitement de cette affection, pour laquelle on fait abus de collyres irritants.

E. Kœnig.

Les Lépreux dans l'Inde. — La cérémonie d'ouverture du nouvel asile pour les lépreux dans le district de Djounagad, presqu'île de Goudjera, a eu lieu en présence de lord Harris, gouverneur de Bombay. Le fait qu'un grand nombre de lépreux se trouvent dans cet état s'explique facilement. Il y a à Datar, dans les environs de la capitale, un sanctuaire que ces malheureux croient très efficace et on y organise des pèlerinages de toutes les parties de l'Inde. Depuis plusieurs années, les chefs de Khathiawar avaient pris des mesures pour assurer le sort de ces lépreux, mais l'établissement qui vient d'être inauguré constitue une grande amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique physiologique du cœur; par M. le professeur Germain Sée. — Paris, 1893, chez Bataille et Cᵉ, éditeurs.

La thérapeutique physiologique du cœur de M. Germain Sée, qui porte à un très haut degré la marque originale du savant professeur, offre une importance capitale au double point de vue théorique et pratique.

C'est avec le plus grand soin et d'après les travaux les plus complets et pour la plupart très récents que sont exposées, d'abord, la physiologie du cœur, puis les modifications fonctionnelles qu'entraîne la maladie. Cette étude préliminaire sert de base aux applications thérapeutiques dont le but principal est de ramener vers la normale toute déviation, tous troubles fonctionnels. Sans contester la valeur des lésions organiques, l'auteur fait observer qu'elles peuvent exister sans entraîner de perturbation générale ni locale; d'autre part, non seulement les troubles fonctionnels peuvent être une source de désordres organiques, mais lors même qu'ils dépendent d'une lésion organique, leur intensité n'est pas toujours en rapport avec le degré d'altération, si bien que l'indication thérapeutique se tire plus encore du trouble fonctionnel que du désordre anatomique, en d'autres termes « c'est la force du travail cardiaque qui doit servir de fil conducteur. »

Après l'exposé précis de la physiologie normale et pathologique, de longs développements sont consacrés à la diététique et à l'hygiène des cardiaques envisagés sous les aspects multiples où les place la maladie. Trois longs chapitres, tirés surtout de la vaste expérience de l'auteur, seront un guide précieux pour le praticien.

L'étude physiologique des médicaments est faite avec cette compétence spéciale qui a toujours présidé aux travaux de M. Germain Sée; de la connaissance physiologique du médicament découlent les indications thérapeutiques. Les médicaments régulateurs sont ramenés, suivant leur action prédominante, à trois types: vasculo-cardiaques, cardiaques, diurétiques. En outre, d'autres médicaments, agissant d'une façon indirecte, sont mis à contribution à titre de médicaments auxiliaires: respiratoires, calmants, fortifiants, évacuants.

Parmi les médicaments régulateurs de la circulation et du cœur, les iodures occupent la première place. Ils sont tous des vaso-dilatateurs puissants et durables; ils ont, en outre, une action systolique sur le cœur avec relèvement de la pression; leur efficacité est manifeste dans l'asthme et dans les dyspnées dont s'accompagnent la plupart des lésions du cœur, du myocarde et des vaisseaux.

La strychnine, agent vaso-constricteur, s'adresse aux affections asthéniques du cœur, aux maladies marquées par de faibles pressions. L'ergotine est utile surtout dans l'asystolie d'origine aortique.

La digitale, régulateur cardiaque, est appelée à rétablir l'équilibre dans les fonctions de circulation et l'ordre dans les troubles cardio-vasculaires; elle a comme effets de surélever l'élasticité du cœur, d'augmenter l'ampliation du pouls, de prolonger la systole et aussi la diastole. Elle sera donc très efficace dans les cas de faiblesse persistante du cœur, dans les lésions circulatoires qui entraînent un abaissement de pression dans les artères et une stagnation relative dans les veines. Ces troubles se montrent en premier lieu dans les insuffisances mitrales et l'on reconnaît que les compensations deviennent défectueuses à la facile anhélation, aux bronchites, à l'albuminurie, à l'œdème. Dans ces conditions, la digitale s'impose. Elle est rarement nécessaire dans le rétrécissement mitral, dans les lésions de l'orifice aortique; enfin, elle est plutôt contre-indiquée dans les dégénérescences du muscle cardiaque, dans les adiposes, les palpitations d'ordre paralytique, dans les néphrites interstitielles.

A côté de la digitale viennent se ranger, avec leur action spéciale, le strophantus et les strophantines, la convallamarine, la scille, la spartéine qui diminue promptement les dimensions du cœur et qui renforce le mieux le muscle cardiaque.

Le plus important des diurétiques, la caféine, régularise et rétablit le trouble de compensation en produisant la diurèse par le seul fait de son action diurétique sur les éléments sécréteurs de l'urine.

Puis sont étudiés la théobromine, le lait et la lactose, celle-ci, comme la caféine, est un diurétique rénal, indépendant de la pression et de la circulation; elle convient à toutes les périodes troublées des cardiopathies. Quelle que soit la lésion du cœur, quelle qu'en soit l'origine, qu'il s'agisse d'une dégénération du myocarde ou d'une altération des valvules arrivées au stade de déséquilibration, la diurèse lactique est nécessaire.

L'action des médicaments une fois bien établie, l'auteur entre de plain pied dans la pratique et s'occupe d'abord du traitement des symptômes cardiaques.

Dans les arythmies d'origine myocardiaque, en dehors de la spartéine qui agit directement en élevant la systole, mais dont l'emploi ne peut pas être longtemps continué, les iodures par leur action vaso-dilatatrice diminuent ou suppriment les obstacles périphériques, et, provoquant un écoulement facile du sang, rendent plus aisé le travail ventriculaire.

Il faut proscrire dans les arythmies nerveuses le chloral et la cocaine, mais on emploiera utilement les sédatifs, le cannabis indica, les bromures et plus particulièrement les bromures alcalino-terreux, bromures de calcium et de strontium.

Dans les tachycardies, les iodures sont contre-indiqués, ils tendraient plutôt à augmenter l'accélération ainsi que le débit des systoles. La digitale est utile à faible dose et pendant peu de temps; on lui substitue alors la convallamarine (0 gr. 05 à 0 gr. 30) ou la spartéine (0 gr. 15) par jour. Le quinine (1 gr. peut égalcment rendre des services.

Dans la bradycardie, l'atropine est utile, mais dans les cas seulement où ce symptôme dépend de l'excitation des nerfs vagues. Les indications du traitement des symptômes extra-cardiaques sont ensuite nettement formulées et l'auteur passe successivement en revue les polypnées, les dyspnées, l'asthme cardiaque, les hémoptysies, l'albuminurie, les hydropisies, les troubles cérébraux (vertiges, céphalée, insomnie).

Le traitement des lésions artérielles et des maladies cardiaques révèle encore la profonde expérience de l'éminent professeur; les praticiens doivent méditer, en entier, cette quatrième partie de l'ouvrage où les problèmes cliniques les plus ardus sont exposés avec une clarté qui les rend accessibles à tous. Après les scléroses artérielles, l'artério-sclérose coronaire et l'angine de poitrine, les cardialgies, viennent les maladies du cœur, qu'il s'agisse des lésions des orifices et des valvules ou du myocarde (hypertrophie, faiblesse cardiaque, dilatation, cœur gras). Toutes ces affections cardiaques, envisagées sous les aspects les plus variés, trouvent leurs indications thérapeutiques nettement établies d'après une analyse clinique des plus pénétrantes. Un chapitre est réservé à la maladie de Basedow et l'ouvrage se termine par des notes pratiques sur diverses cardiopathies (des différents âges, des forts et des faibles, des aliénés, des diabétiques, des arthritiques et des goutteux, des neurasthéniques). MAGNAN.

VARIA

Société de Crémation

Pour compléter les renseignements que nous avons donnés dans notre dernier numéro au sujet de la crémation, nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs les articles 4, 5, 6 et 7 des statuts:

ART. 4. — Le nombre de ses membres est illimité.

La Société est ouverte à tous ceux qui, hommes ou femmes, partisans de la crémation, s'engagent à faire une propagande active en faveur du but qu'elle poursuit.

ART. 5. — Pour être nommé membre titulaire ou adhérent, il faut, soit être présenté par un membre de la Société, soit adresser une demande d'admission au Conseil, qui statue. Les membres titulaires ont tous à payer une cotisation annuelle, fixée à un minimum de 5 francs. Les membres adhérents paieront une cotisation annuelle de 1 franc.

ART. 6. — Les membres donateurs sont ceux qui, à leur entrée dans la Société, lui ont fait un don de 100 francs au moins.

ART. 7. — Les membres honoraires sont nommés par l'assemblée générale, sur la proposition du Comité.

Sœur de charité attachée à l'hôpital de Valence condamnée pour exercice illégal de la pharmacie.

Le Tribunal de Valence a condamné, le 10 mars 1893, après plainte formée par le syndicat des pharmaciens de la Drôme, une sœur de charité qui était attachée à l'hôpital de Valence et qui se livrait à la vente des médicaments, pour le compte du dit hôpital. Elle a été condamnée à 500 francs d'amende, avec application de la loi Bérenger, et 100 francs de dommages-intérêts envers le syndicat (*Répertoire de pharmacie*, 10 mars 1893).

La Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques en France devrait prendre les mesures nécessaires pour faire cesser le commerce illégal que font les sœurs d'un certain nombre d'hôpitaux, comme à Valence, et bien plus au bénéfice des communautés qu'à celui des Hospices.

Exercice illégal de la Médecine.

LE « REBOUTEUX » DES TERNES.

L'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine vient d'adresser au parquet une plainte qui dénonce un sieur Pomerol, domicilié 2, rue Fourcroy, comme exerçant illégalement la médecine.

L'histoire est curieuse et mérite d'être narrée tout au long. M. Pomerol est un ancien cocher de l'Urbaine âgé de 70 ans environ, qui exerce depuis plus de vingt ans, à Paris, la profession essentiellement rurale de « rebouteux ». Sa clientèle est nombreuse et mieux choisie qu'on ne croirait, comme on verra plus loin. M. Pomerol a acquis, à masser ses contemporains, une fortune que l'on dit considérable, mais qui est, à coup sûr, respectable. Mlle Pomerol a épousé, l'année dernière, un vicomte authentique. C'est M. Routier de Bullemont, commissaire de police des Ternes, qui est chargé de l'enquête. M. Pomerol est grand, fort, chauve. Il a une tête d'employé d'administration qui a vieilli sous le harnais, dans la tranquillité des bureaux. Son regard est méfiant. Mme Pomerol, elle, très hardie, ne mâche pas les mots et sert, pour ainsi dire, d'interprète à son mari, qui s'exprime assez difficilement. Mme Pomerol explique que son mari n'a jamais exercé la médecine et n'a jamais administré aucune drogue. Il est tout simplement « rebouteux », masseur, et il a opéré des cures étonnantes. Mlles Mauri et Subra de l'Opéra, M. Voisin, ancien préfet de police, et même un ancien ministre ont passé par ses mains et ne s'en sont pas mal trouvés. M. Pomerol est même quelque chose comme le « rebouteux » officiel et préféré du corps de ballet de l'Opéra. Quand ces demoiselles attrapent une entorse ou une luxation quelconque, M. Pomerol est mandé, et le membre compromis est aussitôt rétabli. M. Pomerol a ouvert, 6, rue Le Peletier, un « institut orthopédique », où il donnait des consultations gratuites et particulières, assisté de M. le Dr Pilon, chirurgien. La clientèle ne chômait pas, et les affaires de M. Pomerol ne faisaient que croître et embellir lorsque la plainte de l'Association syndicale des médecins de la Seine est venue troubler notre « rebouteux » et l'arrêter net, momentanément du moins, dans le cours de ses travaux. Ajoutons que M. le Dr Pilon a quitté M. Pomerol depuis une vingtaine de jours et n'a pas encore été remplacé à l'« institut orthopédique » de la rue Le Peletier, qui est fermé en attendant. Somme toute, M. Pomerol n'est pas ému le moins du monde. Il s'attend à une condamnation et il y est, dores et déjà, résigné, mais il déclare bien haut qu'il n'a jamais exercé la médecine : il est masseur, et rien que masseur... C'est ce que les debats etabliront.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI 23. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Bouchard, Ménetrier, Charrin. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Le Fort, Nelaton, Poirier. — (2e *série*) : MM. Panas, Le Dentu, Brun. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Ballet, Letulle.

MERCREDI 24. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Farabeuf, Marchand, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Tuffier, Varnier. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Gaucher.

JEUDI 25. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) MM. Duplay, Cornil, Gley. — (2e *série*) : MM. Le Fort, Rémy, Poirier. — 3e *de Doct.* (2e *part.*) : MM. Dieulafoy, Marfan, Charrin.

VENDREDI 26. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Farabeuf, Ch. Richet, Poirier. — (2e *série*) : MM. Reynier, Retterer, Sebileau. — (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Potain, Dejerine, Brissaud. — (2e *série*) : MM. Hayem, Marie, Netter. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

SAMEDI 27. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Heim. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ballet, Letulle, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Panas, Le Dentu, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Duplay, Brun, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Gilbert, Chantemesse. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 24. — M. Flandre. Contribution à l'étude de la myopathie atrophique progressive. Myopathie héréditaire sans neuropathie. — M. Cordebart. Traitement des varices et de l'ulcère variqueux par la ligature et la résection de la saphène interne.

JEUDI 25. — M. Dupuy. De la mort subite dans le cours de la phtisie pulmonaire. — M. Joffrion. Des complications pulmonaires dans le cours du typhus exanthématique. — M. Jamet. De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, en particulier chez les enfants. — M. Leroy. Traitement chirurgical de l'otite moyenne sèche. — M. Poussard. D'une amyotrophie spinale progressive chez des syphilitiques. — M. Diaz. Contribution à l'étude de l'étiologie de parotidites. — M. Brodier. Quelques réflexions sur la cure radicale des hernies ombilicales.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. (*Médecine opératoire*). — M. le Dr F. BOÉ commencera un cours particulier de médecine opératoire à sa clinique, Impasse Nicole, 5, près le boulevard de Port-Royal, le mardi 23 mai, à 5 h. du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. S'adresser à la clinique de 1 h. à 3 h. ou de 5 à 7 h. tous les jours.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, a recommencé son cours pratique de technique microscopique et de manipulations le jeudi 27 avril, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit 17, rue du Louvre, de midi et demi à une heure et demie.

Maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles. — M. le Dr CASTEX : Clinique, 52, rue Jacob, mardis, jeudis et samedis, à 3 h. Examen des malades et opérations à partir de 3 h. 1/2. On s'inscrit 52, rue Jacob, les mêmes jours, de 3 h. à 5 h.

Clinique des enfants et orthopédie. — M. le Dr BILHAUT, à l'Hôpital international, 9 et 11, rue de la Santé ; les vendredis et lundis, à 4 heures.

FORMULES

XXIV. — Mixture contre le délire dans la pneumonie des alcooliques ;

par M. NETCHAIEW.

Teinture de capsicum. . . 5 à 10 grammes.
Eau. . . . . 200 —

F. S. A. — A prendre : une cuillerée à bouche toutes les deux ou trois heures (*Mercredi médical*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 mai 1893 au samedi 13 mai 1893, les naissances ont été au nombre de 1092 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 448 ; illégitimes, 151, Total, 602 — *Sexe féminin* : légitimes, 367 ; illégitimes, 123, Total, 490.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,225,910 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 mai 1893 au samedi 13 mai 1893, les décès ont été au nombre de 1101 savoir : 598 hommes et 506 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 9, T. 11. — Typhus : M. 1, F. 0, T. 1. — Variole : M 3, F. 5, T. 8. — Rougeole : M. 17, F. 12 T 29. — Scarlatine : M 5, F. 2, T. 7. — Coqueluche : M. 8, F. 13, T. 21 — Diphtérie. Croup : M. 27, F. 11, T. 38. — Grippe : M 13 F. 7, T. 20 — Phtisie pulmonaire : M. 134, F. 75, T 209. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 3, T. 10. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 4, T. 9 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5 — Tumeurs malignes : M. 19, F. 20, T. 39. — Méningite simple : M. 18, F. 14, T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 14, F. 18, T. 32. — Paralysie, M. 3, F. 2, T. 5 — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 6, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 25,

T. 59. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 13, T. 19 — Bronchite chronique. M. 17, F. 33 T. 50. — Broncho-Pneumonie : M. 24 F. 24. T. 48. — Pneumonie : M. 41, F. 53. T. 94. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 24, T. 54. — Gastro-entérite, biberon. M. 17 F. 10, T. 27 — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 2, T. 7. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 5, T. 9. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 16, F. 13, T. 29 — Sénilité : M. 13, F. 22, T. 35. — Suicides : M. 16, F. 3, T. 19. — Autres morts violentes : M. 7, F. 1, T. 8. — Autres causes de mort : M. 84, F. 66, T. 150. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 3, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 18. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 31, illégitimes, 12. Total : 43.

Faculté de Médecine de Paris. — *Inscriptions et Consignations*. — I. *Inscriptions*. Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 21 juin 1893. Il sera clos le mardi 18 juillet 1893, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première année (Doctorat et Officiat), les mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 juin 1893 ; 2° Inscriptions de deuxième année (Doctorat), les mercredi 28 et jeudi 29 juin, les mercredis 5 et jeudi 6 juillet 1893 ; 3° Inscriptions de troisième et quatrième années (Doctorat), les vendredi 7, samedi 8, mercredi 12, jeudi 13, samedi 15, lundi 17 et mardi 18 juillet 1893 ; 4° Inscriptions de 2e, 3e et 4e années d'Officiat, les vendredi 7 et samedi 8 juillet 1893. — MM. les Etudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. MM. les Etudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de Doctorat, 2e, 3e et 4e années d'Officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du jeudi 6 juillet 1893. — Avis spécial à MM. les Internes et Externes des Hôpitaux : MM. les Etudiants, Internes et Externes des Hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'Interne ou d'Externe pendant le troisième trimestre 1892-1893. Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'Etablissement hospitalier auquel l'Etudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux Internes et Externes des Hôpitaux qui négligeraient de les remplir. — Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la neuvième inscription (Doctorat) et de la cinquième (Officiat) ; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Les inscriptions pour le stage sont reçues, à partir du 15 octobre, à l'Administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscriptions. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : 1er trimestre, novembre et decembre, 56 jours ; 2e trimestre, janvier, février et mars, 86 jours ; 3e trimestre, avril, mai et juin, 86 jours ; 4e trimestre, juillet à octobre, 56 jours.

II. *Consignations*. — I. Les élèves-docteurs ajournés, à la session de novembre 1892 et à celle de janvier 1893, au premier examen de doctorat, et les élèves-officiers de santé ajournés aux 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (officiat), devront consigner le jeudi 8 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 19 au 24 juin. — II. Les élèves de 1re année qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances, devront consigner les mercredi 14 et jeudi 15 juin. (Ils prendront la 4e inscription du 21 au 24 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 26 juin.) Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année ; ils consigneront en prenant, selon le cas, la 4e, la 8e ou la 12e inscription ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté. — III. En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens de fin d'année les élèves-docteurs de 1re année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 16 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 9 ou le mardi 10 octobre 1893, dernier délai. Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de 1re année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

III. *Ostéologie*. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 16 octobre 1893. MM. les Etudiants qui auront passé avec succès le premier examen de Doctorat ou le premier examen de fin d'année d'Officiat devront se faire inscrire à l'École pratique (Bureau du chef de matériel). A cet effet, le Bureau sera ouvert tous les jours, de midi à 3 heures, pendant la période des examens (avant les vacances, à partir du 19 juin ; et à la session d'octobre, du 16 au 31 octobre).

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours de l'adjuvat*. — Le concours de l'adjuvat s'est ouvert le 15 mai, à midi et demi. Le jury se compose de : MM. Farabeuf, président, Le Dentu, Terrier, Poirier, Delbet. Suppléants : MM. Panas et Lejars.

École de Médecine militaire du Val-de-Grace. — *Concours*. — Un concours s'ouvrira le 2 octobre 1893, à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour trois emplois de professeur agrégé des maladies et épidémies des armées, de chirurgie d'armée (blessures de guerre), d'hygiène.

Muséum d'histoire naturelle. — La chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle est déclarée vacante. Un délai de 20 jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres (Arrêté du 4 mai).

Service de santé militaire. — *Réserve*. — Par décret, en date du 30 mars 1893, rendu par le président de la République, sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve : *Au grade de médecin-major de 2e classe*, les médecins-majors de 2e classe de l'armée active, démissionnaires : MM. Gaube (Joseph-Gustave-Raoul) ; Maubrac (Pierre-Octave-Joseph) ; Herck (Jules-Léon) ; Millot (Henry-Jean-Baptiste). — *Au grade de médecin-major de 1re classe*, les médecins aides-majors de 1re classe de l'armée active, démissionnaires : MM. Delarochcaulion (Jean-Marie-Joseph) ; Dicquemare (Guillaume-Henri) ; Darbouet (Jérôme-Ernest) ; Bourdin (Louis-Marie). — *Au grade de médecin aide-major de 2e classe*, les docteurs en médecine : MM. Ribet (Charles-Cyr-Clément) ; Chassereau (Joseph) ; Sassy (Jules-Ferdinand-Antoine) ; Dallas (Charles-Léopold-Walter-Henri-Frédéric) ; Séguret (Charles-Alexis-Adrien) ; Loir (Adrien-Charles-Marie) ; Ducamp (Louis-Arthur) ; Aldibert Arthur-François-Celestin) ; Caillol (Paul-Gabriel) ; Servières (Jean-Baptiste-Guillaume-Etienne-Abel) ; Caillard (Pierre-Jean-Marie) ; Chaumont (Charles-André) ; Pansier (Marie-Pierre) ; Saint-Hilaire (Etienne ; Gagé (Ernest-Marie-Joseph-Auguste) ; Bonnet (Joseph-Sigismond-Gabriel) ; Castan (Eugène-Théodore-André) : Bouron (André-Louis-Fernand) ; Roy (Jean-Marie-Alfred-Maurice) ; Pinatel (Joseph-Marie-Jacques-Edmond) ; Castanier (Pierre-Alfred) ; Poux (Raymond-Joseph-Martin-Florentin) ; Laguens (Bernard-Paul) ; Rollin (Jean-Charles) ; Vieu (Charles-Marius-Jean-Antonin) ; Cadiergues (Georges-Etienne-Marie-Joseph-Léon) ; Cochez (Léon-Louis-Joseph) ; Bégouin (Paul-Eloi) ; Borrel (Amédée-Marie-Vincent) ; Anglade (Dominique) ; Castex (Paul-Alfred-Edmond) ; Augé (Léon-Pierre-Marie).

Par décret du 30 mars 1893, rendu par le président de la République, sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve : *Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe*, les pharmaciens de 1re classe : MM. Gasselin (Jean-Victor ; Favrel (Georges) ; Maincent (Julien-Louis) ; Lemy (Abel-Constant-Joseph) ; Bussy (Cyrille-Joseph-Prosper) ; Foucher (Jean-François-Vital) ; Petit (Fernand) ; Bezou (Gustave-Jacques-Emile-Joseph) ; Thomasset (Antoine-Auguste) ; Lelarge (Léon-Philippe) ; Gerard (Ernest-Hippolyte) ; Guérin (Fréderic-Eugène) ; Cousin (Henri-Charles) ; Royer (Henri) ; Labarre (Léon) ; Gentil (Alexandre-Louis ; Finet (Alfred) ; Juvin (Pierre) ; Legay (Louis) ; Argelas-Lianas (Victor) ; Laporte (Jean) ; Poussard (Eugène-Leon) ; Fiquet (Edmond-Raoul) ; Glaize (Stéphane-Marie-Joseph) ; Berdot (Jean-Pierre-Hippolyte) ; Jourdain (Marie-Victor-Henry) ; Bourcet (Joseph-Louis) ; Vacle (Prosper-Joseph-Antonin) ; Boulet (Georges-Leon) ; Emery (Aristide-Henry) ; Gerber (Charles-Eugène-Adolphe) ; L[illegible]ridan Edmond-Louis) ; Maugin (Ernest-Amand-Marie) ; Biar[illegible] (Augustin) ; Monal (Ernest-Jean-Louis) ; Du[illegible]art Joseph-Marie-Charles-Raymond) ; Brossard (Angel-Emile-Jules) ; Cognard (Joseph) ; Juy (Albert) ; Colnion (Gustave-Clement-Miltiade) ; Royer (Fernand-Charles-Pierre) ; Fosse (Charles-Bernard) ; Marill (Jules-Georges-Michel Joseph) ; Devaux (Jean-Marie-Michel) ; Roche (Georges-Albert) ; Duheme (Jules) ; Jardin (Prosper-Julien-Médéric) ; Daclin (Louis-Léon) ; Lucas (Jean-Pierre-Alphonse) ; Thellier (Adolphe-Victor-Dominique).

Crémation. — Un de nos anciens collègues du Conseil municipal, M. Henri-Charles L[illegible]ENEVEUX, est mort la semaine dernière dans sa soixante-dix-septième année. « Par la volonté du défunt, son corps a été incinéré, et il n'y a pas eu de convoi. »

Association des Internes et anciens Internes en médecine des Asiles de la Seine. — L'Association des Internes et anciens Internes des Asiles se réunira en assemblée générale annuelle le samedi 20 mai, à 6 heures du soir, au restaurant P[illegible]n, à Joinville-le-Pont. Des voitures-omnibus stationneront de quatre à cinq heures, place de l'Hôtel-de-Ville, à Paris. Banquet à sept heures.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — *Seine.* — Sont élus membres du Conseil général de la Seine, les docteurs en médecine dont les noms suivent : M. Basset, pour Saint-Ouen, arrondissement de Saint-Denis ; M. Piètre, pour Saint-Maur, arrondissement de Sceaux ; M. Reulas, pour Villejuif, arrondissement de Sceaux. — *Vosges.* Une élection au Conseil général a eu lieu hier dans le canton du Thillot (Vosges). Il s'agissait de remplacer M. Jules Ferry. M. le Dr Parisot, républicain, a été élu par 2,667 voix sur 2,769 votants, sans concurrent. Le nombre des inscrits était de 4,628.

VARIOLE DANS LE NORD. — La variole vient de faire son apparition à Fresnes, près Valenciennes. Plusieurs ouvriers verriers sont atteints. Le conseil d'hygiène s'est réuni d'urgence afin de prendre les mesures nécessaires pour enrayer l'épidémie.

L'HYGIÈNE A LILLE. — Le maire de Lille vient de créer, par arrêté, une Commission permanente d'hygiène et de salubrité publiques.

HYGIÈNE DES ASILES DE NUIT. — Le préfet de police, avisé que plusieurs cas de typhus exanthématique s'étaient produits dans des asiles de nuit de certaines villes, a adressé à tous les commissaires de police une circulaire par laquelle il leur demande de lui adresser un rapport détaillé sur les conditions d'organisation et de fonctionnement au point de vue de la santé publique des asiles de nuit de la ville de Paris ou autres établissements du même genre. « En raison de quelques cas de typhus qui se sont manifestés, dit M. Lozé dans sa circulaire, mon administration doit, en effet, se préoccuper des conditions d'hygiène et de salubrité que présentent ces établissements hospitaliers. Je vous prie de m'adresser sans retard la liste des asiles de nuit, réfectoires, dortoirs situés dans votre quartier. Vous voudrez bien me faire connaître dans un rapport que vous joindrez à cette liste les conditions d'organisation et de fonctionnement de chacun de ces asiles. Vous m'informerez spécialement : 1° Si chaque jour, après le départ des hospitalisés, le lavage et la désinfection des locaux, dortoirs, cabinets d'aisances, etc., ont été opérés avec tout le soin possible ; 2° Si la désinfection des vêtements et objets de literie est convenablement organisée au moyen d'étuves ; 3° Si l'asile est approvisionné en quantité suffisante de désinfectants et d'appareils spéciaux de désinfection ; 4° Si l'asile est pourvu d'une salle de bain ou de douches à l'usage des hospitalisés. Enfin, vous mentionnerez le nombre moyen des personnes qui ont reçu asile chaque jour, depuis le 1er avril, dans chaque établissement. »

SECOURS PUBLICS. — Le Préfet de la Seine vient de créer dix postes de secours dans le bois de Boulogne. Nous sommes heureux de le féliciter de cette innovation, dont le besoin se faisait vivement sentir.

GRANDE ENCYCLOPÉDIE. — Nous signalons tout particulièrement à nos lecteurs un très beau travail de M. E. GLASSON, de l'Institut, sur la *Filiation* en droit romain et en droit français, surtout un chapitre tout à fait neuf sur la *Filiation* en législation comparée. Ce travail figure dans la 410e livraison de la *grande Encyclopédie* qui contient encore un intéressant article de M. COMPAYRÉ sur l'éducation des *Filles*, une savante étude minéralogique de M. Ch. VELAIN sur le *Filon*, deux contributions de M. Ch GIRARD sur les questions à l'ordre du jour du *Filtrage* et de la *Filtration*, enfin, un aperçu économique de M. FOURNIER DE FLAIX sur les *Finances* des Etats.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr A. CANTANI, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Naples. — M. le Dr George S. SHATTUCK, ancien professeur de médecine de l'University of Harvard de Boston. — La *Normandie médicale* nous annonce la mort à l'âge de 32 ans du Dr VALIN (de Fécamp).

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* M. le Dr CHARCOT. Leçons le mardi à 9 heures 1/2. — *Maladies nerveuses et mentales.* MM. JOFFROY et Jules VOISIN : le jeudi et samedi de chaque semaine, à 9 h. 45. — *Maladies mentales.* M. Auguste VOSIIN, le dimanche, à 10 heures du matin.

HÔPITAL RICORD. — *Syphiliographie.* — M. le Dr Charles MAURIAC : le samedi à 9 heures 1/2 du matin. — M. HUMBERT : le mardi, à 9 h. 1/2.

HÔPITAL LAENNEC. — *Clinique chirurgicale* : M. le Dr NICAISE, le samedi à 9 h. 1/2, salle du Musée.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 21. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 27 MAI 1893.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE

Les progrès de l'hygiène à travers les âges.

Par le Professeur A. PROUST.
Leçon recueillie par le Dr Eug. DESCHAMPS, revue par le Professeur.

Messieurs,

Avant d'aborder devant vous l'étude des modificateurs hygiéniques qui ont une influence sur les maladies chroniques, je vais essayer de vous montrer par un coup d'œil historique rapide les relations qui existent entre la marche et les progrès de l'hygiène d'un côté, et de l'autre l'avancement des sciences, les progrès de l'esprit humain, la marche et l'évolution même de l'humanité.

Quatre époques principales peuvent être considérées à ce point de vue. La première, qui dure depuis 2.000 ans, est assez restreinte au point de vue de l'hygiène, c'est la période d'Hippocrate, période Hippocratique, Galénique, Arabique. La seconde, qui commence à Sanctorius, né en 1571, est caractérisée par le renouvellement des sciences physiques et physiologiques ; nous y trouvons les noms de Pascal, Newton, Harwey. La troisième est marquée par les progrès des sciences chimiques avec les travaux de Lavoisier. Enfin, la quatrième, qui est la période contemporaine, est caractérisée par le perfectionnement des données biologiques : la contagion est reconnue fonction d'un organisme vivant; c'est la période biologique, la période de Pasteur.

Lorsqu'on lit Hippocrate, et même lorsqu'on lit simplement les titres de ses ouvrages, on voit que beaucoup d'entre eux sont purement hygiéniques : de l'air, des eaux, des lieux; — de l'aliment; — de la salubrité du régime; — les trois livres du régime; — les songes; — du régime dans les maladies aiguës; — de l'usage des liquides; mais si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les matières exposées, on ne tarde pas à s'apercevoir que, si tout ce qui est observation est merveilleux et admirable (et je n'en veux pour preuve que la description du facies, que nous appelons le facies hippocratique), par contre tout ce qui est explication n'est qu'hypothèse et n'a aucune valeur. Ce qui tient à ce que les anciens étaient obligés de se contenter de l'observation même du malade sans avoir recours au controle anatomique.

Celse, qui écrivait vers l'an 30 après J.-C., a traduit et commenté Hippocrate, c'est un traducteur élégant plus qu'un écrivain original, et rien même ne prouve qu'il fut médecin; il a écrit un ouvrage avec ce titre : *Préceptes relatifs à la santé.*

Galien vécut 131 ans après J.-C. Il établit une distinction entre les choses qu'il divisa en naturelles, non naturelles et extra-naturelles. Les choses naturelles, c'est ce qu'Hallé, qui fut le premier professeur d'hygiène à l'Ecole de Paris en 1794, appelait le sujet de l'hygiène, c'est l'homme; les choses non naturelles, ce sont les matières de l'hygiène de Hallé, les ingesta, l'eau, l'air, etc. Quant aux choses extra-naturelles, ce sont celles qui sont différentes du cours ordinaire de la nature. Galien a pris à Hippocrate les quatres prétendues qualités du chaud et du froid, du sec et de l'humide, en y ajoutant quatre degrés. Il a écrit un nombre considérable d'ouvrages, parmi lesquels quelques-uns portent des titres hygiéniques : Sur la conservation de la santé; — L'Hygiène appartient-elle à la médecine ou à la gymnastique? (et, de fait, pendant longtemps l'hygiène a été enseignée par les professeurs de physique); — De la meilleure complexion de corps, de la manière de la connaître et de la défendre contre les causes qui peuvent la déranger; — De la constitution, de la bonne constitution et de sa différence avec la constitution athlétique ; — Sur les propriétés des aliments; — Sur les aliments qui forment de bons ou de mauvais sucs; — Sur le régime atténuant ; — Sur l'exercice appelé « de la petite balle » (sorte de jeu de paume); — Des habitudes. — Dans un autre, pour proportionner les règles de l'hygiène, il divise les hommes en trois classes : 1° ceux qui par l'aisance sont maîtres de leur temps et qui sont naturellement sains et vigoureux ; 2° ceux qui sont d'une constitution faible et délicate ; 3° ceux auxquels des occupations indispensables, publiques ou privées, ne permettent pas de manger, dormir ou s'exercer à des heures réglées.

La doctrine de Galien produisit un effet considérable, elle eut un retentissement immense et c'est sur elle que vécut l'Ecole arabe.

Mais l'Ecole arabe marque plutôt un pas rétrograde car à la doctrine de Galien elle ajoute deux grandes erreurs : l'influence des astres et l'importance des panacées. Chez les Arabes les [illegible], sortes d'astrologues ou de magiciens, sont à la fois astrologues, musiciens, poètes, législateurs, médecins, prêtres. Pour eux les corps célestes avaient une influence réelle sur la santé, la vie et le sort des hommes; ils avaient la prétention de lire leur destinée dans les astres, par les astres ils pouvaient savoir la direction à imprimer à leur vie pour conserver ou retrouver la santé! Ils cherchaient dans des médicaments particuliers des vertus pour conserver exclusivement la santé du corps, pour préserver des maladies; les panacées remplaçaient pour eux les règles de l'hygiène. Hérodote (314 ans avant J.-C.) parlait des mains des dieux; Pline en faisait aussi l'éloge : Andromaque, médecin de Néron, inventait la thériaque, sorte d'électuaire extrêmement complexe, que l'on retrouve encore, quoique bien délaissé, dans la pharmacopée contemporaine, et qui était doué de propriétés prestigieuses. Ces propriétés ont été acceptées par Roger Bacon et par le chancelier Bacon!

Quels progrès, d'ailleurs, les musulmans auraient-ils pu faire faire à la science sous le régime d'une loi qui aurait considéré l'ouverture d'un cadavre comme un sacrilège et qui ne permettait même pas la dissection des animaux?

Le peu de lumière qui existait s'affaiblit au milieu du tumulte des armes et s'éteignit au sein de la volupté : l'Alcoran fut le seul livre ; on brûla les autres ou parce qu'ils étaient superflus s'ils ne contenaient que ce qui est dans l'Alcoran, ou parce qu'ils étaient pernicieux s'ils contenaient quelque chose qui n'y fut pas.

Après la prise de Constantinople (1453), les préjugés

astrologiques ne furent pas déracinés en Europe, et, en 1470, Marsilius Ficinius conseille de consulter les astrologues à l'époque des septennaires.

Ne voyons-nous pas encore de nos jours, sur les limites du xx[e] siècle, des écoles qui ressemblent à l'école des Arabes ; les mages, le sahr, les grands prêtres, ne nous rappellent-ils pas les astrologues ? L'envoûtement ne peut-il entrer en parallèle avec leurs pratiques barbares ? les Arabes les plus perfectionnés n'auraient certes pu trouver quelque chose de mieux. Et puisque je vous parle de l'envoûtement, que je vous dise rapidement en quoi il consiste. Il y a trois espèces d'envoûtements : l'envoûtement par le crapaud, l'envoûtement par la cire et l'envoûtement par l'esprit volant.

Dans la méthode du crapaud, que des personnes qui se prétendent extrêmement sérieuses emploient encore à notre époque, on prend un gros crapaud et on lui administre le baptême en lui donnant les noms et prénoms de la personne que l'on veut maudire. On lui fait avaler ensuite une hostie consacrée sur laquelle on a prononcé des formules d'exécration, puis on l'enveloppe dans des objets magnétisés, on les lie avec les cheveux de la victime, sur lesquels l'opérateur aura d'abord craché. Puis on tue l'animal d'un seul coup de couteau, on lui arrache le cœur, on enveloppe ce cœur palpitant dans les objets magnétisés, et pendant trois jours, à toutes les heures, on enfonce dans ce cœur des clous, des épingles rougies au feu, de longues épines, en prononçant des malédictions sur le nom de la personne envoûtée. La victime de ces manœuvres éprouve autant de tortures que si c'était son cœur à elle qui était ainsi tourmenté, elle dépérit, et meurt bientôt d'un mal inconnu.

Dans l'envoûtement par les images de cire, on forme, avec de la cire maudite, une image aussi ressemblante que possible de celui qu'on veut envoûter. On revêt cette image de vêtements semblables, on lui inflige des tortures imaginaires pour atteindre la personne que la figure représente. Ces deux procédés sont anciens et ont été remis en faveur par certains esprits bizarres ; il n'en est pas de même de l'envoûtement dit à l'esprit volant qui est un envoûtement moderne. Dans cette troisième méthode, on prend un sujet hypnotisé dont le corps astral est dirigé vers l'ennemi à atteindre. Mais il y a certains observateurs (!) qui ont peur que la personne hypnotisée ne commette une indiscrétion et qui la remplacent par un cadavre !

Tous ces sahr, tous ces mages ne sont en somme que des plagiaires et des imitateurs de l'Ecole arabe. Outre les ouvrages dont je vous ai déjà parlé, il n'y a à citer à cette époque que le livre de Cornaro sur les avantages de la sobriété et le traité du chancelier Bacon intitulé : *Historia vitæ et mortis*.

La seconde période qui commence à Sanctorius (1571) est caractérisée par le renouvellement des sciences physiques et physiologiques. On ne connaissait alors ni la circulation du sang, ni le baromètre, ni le thermomètre. Sanctorius étudie la respiration insensible et ses rapports avec les autres formations, avec l'alimentation, l'inégalité du régime, les variations atmosphériques. Il fait un véritable traité d'hygiène et établit les bases du budget de l'organisme.

Cette époque est d'ailleurs l'une des plus grandes époques de l'humanité, c'est l'époque des Galilée, Pascal, Toricelli, Newton, Harvey, Malpighi, Mariotte, Leuvenoeck ; et cependant nous n'y trouvons que fort peu de travaux d'hygiène et nous ne voyons guère à citer que les recherches de Ramazzini sur les maladies des artisans.

La troisième période est marquée par la découverte des fluides aériformes et le renouvellement des sciences chimiques. Elle s'incarne dans Lavoisier. A peine a-t-il assuré les progrès de la chimie en lui donnant une nomenclature qu'il découvre les phénomènes de la combustion, de la respiration et de la chaleur animale.

Une des propriétés les plus admirables de l'organisme animal, c'est l'aptitude qu'il possède de modifier dans des limites très étendues le jeu de ses rouages. On voit que l'homme peut entretenir sa température quel que soit le milieu ambiant, quelle que soit son alimentation. Dans les cas de diète prolongée, ce sont les matériaux du corps qui pourvoient à ce besoin ; les réserves et les ressources sont considérables, mais l'observation hygiénique nous apprend qu'il n'en faut point abuser : à la longue, l'épuisement succède à la période avec tout le cortège des maladies qui l'accompagnent.

On sait l'influence pernicieuse du défaut de résistance au froid extérieur, c'est là la grande cause de mort prématurée dans les pays froids. Mais pour bien comprendre les modifications exercées par la chaleur extérieure sur l'homme, il est indispensable de connaître les causes de la chaleur animale. Les travaux modernes, en les éclairant, nous ont montré qu'elles comprenaient un ensemble de phénomènes très complexes.

Les recherches, remarquables par leur précision sur la chaleur animale, ses sources sur la transformation de la chaleur en forces, lumière, électricité, ont souvent ouvert à l'hygiène une voie aussi neuve que féconde. Avec les travaux de Lavoisier, d'Edwards, de Regnault et Reiset, de Berthelot, nous apprenons à connaître les phénomènes chimiques de la respiration.

C'est encore sur les progrès chimiques que s'est étayée l'hygiène alimentaire, et l'on peut dire que la théorie de l'alimentation s'est en quelque sorte constituée depuis 50 ans. Ces progrès nous permettent de préciser la quantité d'aliments réellement utilisés, la teneur de chaque aliment en principe nutritif. On connaît maintenant la quantité d'acide carbonique, d'urée que dans un temps donné un homme peut éliminer. Ces belles découvertes ont ouvert à l'hygiène une voie nouvelle.

L'hygiène des habitations est encore redevable à la chimie de la notion de la quantité d'air indispensable à la vie ; de là l'étude du cubage des appartements, de là les recherches sur la ventilation.

Il n'est pas jusqu'à l'hygiène professionnelle qui ne bénéficie des progrès de la chimie. Nous ne trouvons aucun progrès à signaler dans cette voie depuis les travaux de Ramazzini jusqu'à Lavoisier ; mais la chimie va nous permettre bientôt de comprendre l'intoxication saturnine, phosphorée, arsenicale, etc.

La troisième période, la période chimique, a donc été féconde en résultats pour l'hygiène.

La quatrième période, période biologique, période de Pasteur, recherche la cause et la genèse des maladies. Cette période doit véritablement être appelée la période de Pasteur, car c'est lui qui l'a créée tout entière, c'est lui qui nous a appris à rechercher ces infiniment petits, causes de tant de maladies, c'est lui qui nous a donné à la fois la méthode et l'instrumentation. Cet *aliquid obscurum et divinum* des anciens commence aujourd'hui à être bien connu, pour certaines maladies tout au moins, et nous savons à quels germes sont dus le choléra, la morve, la tuberculose, la diphtérie, etc.

Mais le germe n'est pas tout, la graine ne suffit pas, il faut encore le terrain qui lui assigne un rôle important dans la genèse des maladies ; en temps d'épidémie ce sont toujours les individus vivant dans des conditions malsaines et dans des quartiers malsains qui sont le plus frappés.

Les médecins du siècle dernier invoquaient comme cause des maladies populaires les exhalaisons qui s'élèvent des matières organiques en décomposition à la surface du sol. C'est vrai pour un certain nombre de cas et, aujourd'hui, nous combattons ces causes en appliquant les règles du circulus vital ; on s'occupe de la pureté du sol, du sous-sol, de l'eau, de l'air, et, quelque importance exclusive que les théoriciens accordent à chacun de ces éléments, on peut dire qu'ils sont tous importants.

Ce qui est dangereux, ce sont les résidus des matières organiques, les résidus de la vie, les matières usées par les organismes végétaux et surtout animaux. Et, en effet, un certain nombre de maladies sont des maladies à origine fécale : le choléra, la fièvre typhoïde, la dysenterie, etc.; et l'on sait que les deux dernières maladies comptent pour une part importante dans la mortalité générale. Que l'on soit spontanéiste ou non, on est obligé d'accepter le fécalisme. Murchison est spontanéiste, Budd veut au contraire la présence d'un germe, mais tous deux reconnaissent l'influence des matières fécales. Il faut donc se débarrasser de ces matières fécales, de ces résidus de la vie, et il faut s'en débarrasser en les rendant inoffensifs. Aussi devrons-nous rejeter le tout à la rue, pratique déplorable que l'on retrouve malheureusement encore dans certains quartiers de Hambourg, de Marseille, de Toulon, etc. Le tout au ruisseau et à la rivière, les fosses fixes, les dépôts d'immondices, les mares stagnantes, donnent des résultats tout aussi mauvais, en condensant précisément le danger ou en le portant au loin ; les latrines, les mauvais égouts qui infectent le sol, le sol infecté, sont des réservoirs pour les agents des maladies endémiques. Il faut donc recourir au tout à l'égout et à l'épandage sur les champs d'irrigation.

Le tout à l'égout emmène aussi rapidement que possible les matières usées, et ces matières sont immédiatement utilisées par l'épandage qui, par l'oxygène, transforme le carbone en acide carbonique, l'hydrogène en eau, l'azote en ammoniaque, les sels ammoniacaux en nitrates et en nitrites ; il y a là un travail chimique des plus importants, il y a aussi un travail vital des plus intéressants et des plus utiles (Schlœsing et Muntz). Les expériences de Grancher et Deschamps ont montré que certains microbes pathogènes et particulièrement le microbe de la fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth, ne pénètrent pas dans le sol au delà d'une profondeur de 50 à 60 centimètres. Lorsque la surface filtrante, comme cela a lieu pour Gennevilliers et pour Achères, a une profondeur de deux ou trois mètres, la nappe d'eau souterraine ne renferme plus de microbes pathogènes; ils sont restés dans les couches superficielles du sol où ils se détruisent par la suite.

Toutefois il peut arriver que l'oxygène fasse défaut lorsque les champs d'irrigation sont inondés et que le sol trop compact ne permet pas la filtration ; il peut alors se produire des phénomènes de putréfaction avec dégagement de gaz odorants, ce sont les exhalaisons des anciens ; il ne faut donc pas faire l'épandage sur n'importe quel sol, et l'on doit toujours avoir recours à un sol parfaitement perméable et d'une profondeur suffisante, 1 m. 50 à 2 mètres. C'est qu'en effet l'importance de la pureté de l'eau est considérable. La meilleure est évidemment l'eau de source, mais encore faut-il que cette eau soit captée assez haut, assez près de la source, pour qu'elle ne soit pas souillée. Lorsqu'on ne peut avoir d'eau de source parfaitement pure, il faut la faire bouillir. On a beaucoup parlé, dans ces dernières années, du filtrage des eaux et, plus particulièrement, des filtres en porcelaine, mais ce sont des appareils chers et qui demandent un nettoyage fréquent. Ils rendent cependant de grands services, nous n'en voulons pour preuve que ce qui s'est passé dans l'armée où la morbidité et la mortalité par fièvre typhoïde ont diminué de près d'un tiers en province et de près de moitié à Paris, depuis la suppression des fosses fixes, l'usage de l'eau de source, ou, à son défaut, l'emploi de filtres en porcelaine bien entretenus. Toutefois, l'ébullition et les filtres ne sont que des palliatifs et ce qu'il faut surtout c'est avoir de l'eau de source.

Mais il ne suffit pas de purifier le sol, il ne suffit pas de purifier l'eau, il faut encore purifier l'air. En analysant l'air d'une chambre de soldats au réveil, Kiener a trouvé jusqu'à 220 germes par litre d'air. Quelle différence avec l'air des montagnes ou l'air de la mer, où l'on ne trouve rien ou presque rien !

D'où la nécessité de la ventilation.

Mais la ventilation elle-même ne suffit pas. Car les poussières qui s'accumulent sur nos vêtements, sur la surface des meubles et des tentures, sur la literie, dans les recoins des murs, dans les entrevous des planchers mal joints, etc., récèlent ainsi une quantité considérable de germes. Ces germes, il faut les détruire, et c'est contre eux que seront employés les divers appareils de désinfection.

Cette discussion de la nocuité possible du sol, de l'eau, de l'air, s'est présentée aussi au point de vue de l'absorption et de la pénétration dans nos organes. Les uns admettent que les germes morbides nous sont transmis par les voies respiratoires, d'autres par les voies digestives, d'autres par les plaies. Il ne faut pas être exclusif, car les voies de pénétration peuvent être multiples : Les trieurs de chiffons pourront se contaminer par les voies respiratoires en respirant des poussières contagieuses ; les aliments, l'eau, les mains souillés peuvent introduire les germes dans les voies digestives ; les plaies offriront une porte toute grande ouverte aux germes de la suppuration, et les résultats merveilleux obtenus en chirurgie par le pansement de Lister et le pansement de Guérin, en obstétrique par l'antisepsie, en sont une preuve éclatante.

Ainsi donc, la pensée confuse du XVIIIe siècle du *contagium vivum* s'est peu à peu développée et précisée, et elle est aujourd'hui démontrée ; les recherches de Pasteur sur les fermentations et la putréfaction ont été le point de départ de cette démonstration ; les travaux de l'Institut Pasteur et des microbiologistes modernes l'ont complétée.

En résumé, si nous voulons jeter un coup d'œil d'ensemble sur les progrès de l'hygiène à travers l'histoire des sciences médicales, nous voyons que pendant la première période il n'y a eu aucun progrès, sauf peut-être le traité sur la sobriété ; à cette époque, nous ne trouvons qu'idées bizarres, influence du surnaturel, influence des astres, croyance aux sortilèges et aux panacées. Dans la deuxième période, période physique, période de Pascal, de Newton, etc., peu de progrès.

Dans la troisième période, période chimique, période de Lavoisier, progrès plus marqués au point de vue de la chaleur animale, de l'alimentation, des professions ; on reconnaît la cause du scorbut, et en même temps on apprend à le faire disparaître.

Mais c'est surtout la période contemporaine qui est féconde en résultats heureux. Ces résultats sont surtout remarquables dans certains hôpitaux ; à l'Hôtel-Dieu, autrefois, il n'était pas rare de voir dans le même lit jusqu'à quatre femmes en couches; aussi l'infection puerpérale y faisait de nombreuses victimes ; grâce aux idées modernes, on isole ces malades, puis l'antisepsie leur est appliquée et la mortalité, qui était de 10 0/0, tombe au-dessous de 1 0/0. Les résultats généraux ne sont pas moins nets, et nous voyons sensiblement s'élever la moyenne de la vie humaine ; elle était de 28 à 29 ans avant la Révolution, elle est actuellement de 39 à 40 ans.

Et pourtant il nous reste encore beaucoup à apprendre, il nous reste beaucoup à faire au point de vue de l'hygiène ; nous sommes loin de connaître les germes de toutes les affections transmissibles et contagieuses, et l'organisation de services sanitaires a encore beaucoup à gagner pour arriver au degré de perfection auquel elle a droit.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Faux rétrécissements de l'urèthre (*suite*) (1);

par le Dr RELIQUET et A. GUÉPIN, interne des Hôpitaux.

OBSERVATION X. — (M. Reliquet.)

M. X..., 56 ans, vient me consulter le 4 mai 1889. Le prépuce court et étroit comprime le gland que l'on décalotte et surtout recalotte très difficilement. Le méat étroit a des lèvres dures. Pour uriner, le malade est obligé de relever le gland avec un doigt appliqué contre le frein. Il y a un écoulement abondant de pus ; le malade me dit qu'il est habituel. Depuis des années les mictions difficiles sont très fréquentes et souvent il y a de la rétention. Le malade dit n'avoir jamais eu de blennorrhagie. Il a été opéré de la lithotritie en 1872. Quelques années après des graviers venant des reins s'arrêtèrent dans l'urèthre. En les retirant, il y eut des déchirures du canal (dit le malade). Il est bien probable que, lors de la lithotritie, il y eut quelques lésions de l'urèthre qui furent la cause de l'arrêt ultérieur des graviers. M. X... a été opéré de l'uréthrotomie une première fois à Paris en 1882, une seconde fois en 1883, une troisième fois en province en 1885.

Le 5 mai 1889, le malade étant rentré à la maison de santé, je procède à l'exploration de l'urèthre. J'essaie, comme c'est mon habitude, la bougie conique olivaire n° 16 qui est arrêtée d'une façon très nette à la partie moyenne du pénis. Ce jour même, avec les bougies les plus fines, il m'a été impossible de passer, toujours arrêté dans la portion pénienne du canal. Le 6 mai une bougie n° 4 s'engage sans pouvoir franchir; elle est serrée. Je la laisse en place et le malade peut uriner par-dessus. Le 7 mai je passe une bougie en baleine très fine qui pénètre dans la vessie. Je la laisse en place pendant vingt-quatre heures. Le 8 je passe une bougie en gomme n° 6, je la fixe à demeure et le malade urine par-dessus.

Le 9 mai, je donne le chloroforme. Je débride le prépuce par l'incision supérieure. La rétraction du prépuce en arrière du gland est complète et à ce moment même l'urine sort largement par-dessus la bougie n° 6 qui est en place. Le débridement se fait dans un tissu lardacé ; à peine s'il y a du sang du méat. Je retire la petite bougie et avant de faire l'uréthrotomie je veux m'assurer de l'état réel de l'urèthre. Une bougie n° 13 passe sans aucune espèce de difficulté. La bougie n° 17 passe étant serrée et arrive dans la vessie. Je fais l'uréthrotomie interne avec la plus grande lame de Maisonneuve. La sonde à demeure est laissée en place pendant 48 heures. Le 11 mai, je la retire et la miction se fait avec une grande facilité.

Dix jours après l'opération je passe les cathéters Beniqué du n° 42 au n° 45. Le malade apprend à se les passer lui-même.

Voilà un fait où les récidives de rétrécissement peuvent encore être attribuées en grande partie à l'état du prépuce et du méat; car la facilité de passer les cathéters après les opérations que je lui ai faites se serait évidemment produite si, dès la première uréthrotomie, on avait fait le débridement du prépuce et le débridement du méat.

Si en 1882, avant la première opération d'uréthrotomie, on eût fait le débridement du prépuce et du méat, il est possible qu'on eût reconnu qu'il n'y avait pas de rétrécissement, exactement comme dans les premières observations de ce mémoire.

Ces deux dernières observations sont d'un enseignement considérable. Elles démontrent combien il est difficile dans certains cas de diagnostiquer le calibre réel du véritable rétrécissement de l'urèthre. Ici tout se présentait pour tromper : difficulté pour introduire les petites bougies qui, quand elles passent, sont serrées. Dans le second cas, le calibre du rétrécissement reconnu par la bougie est tellement petit qu'il faut commencer par la sonde fine, laissée à demeure, puis continuer les jours suivants par des bougies en gomme très fines, serrées dans l'urèthre. Et ce n'est que progressivement qu'il est possible de passer le n° 5 ou 6, diamètre suffisant pour l'introduction du cathéter de l'uréthrotome de Maisonneuve.

Ajoutons à cela une suppuration notable de la région profonde de l'urèthre en arrière du point rétréci et les troubles de la miction qui se rencontrent dans tous les cas de rétrécissement étroit. En somme, aucun des symptômes des rétrécissements étroits vrais n'ont manqué dans ces deux observations. Dans la première, celle de notre confrère, tous ces symptômes existaient au moment de chacune des interventions directes par l'uréthrotomie (quatre interventions). Dans la seconde, les symptômes nets du rétrécissement de l'urèthre étaient aussi complets qu'il est possible. Hé bien, aussitôt le débridement du méat dans le premier pas, aussitôt le débridement du prépuce et du méat dans le second, immédiatement nous voyons cesser le spasme permanent du rétrécissement. Nous voyons en même temps disparaître la sensibilité de l'urèthre au niveau du rétrécissement et de la portion membraneuse ; presque séance tenante, nous passons des bougies d'un volume incomparablement plus gros que celles qui étaient passées avant et cela sans rencontrer la moindre difficulté, le moindre arrêt dans la continuité du canal.

Dans le premier cas (observation de notre confrère), il n'y a pas eu d'anesthésie générale et le spasme du rétrécissement de l'urèthre a cessé immédiatement, dès que le débridement a été fait. Dans le second cas, là où furent faits successivement le débridement du prépuce et le débridement du méat, le malade était sous l'influence du chloroforme. Nous savons bien que l'action du chloroforme sur l'urèthre est complète. Il y a longtemps que Sédillot a conseillé de donner du chloroforme pour faciliter le cathétérisme des rétrécissements difficiles à franchir. Mais, chez notre malade, la différence entre la petite bougie qui était à demeure et qui avait passé, étant serrée (n° 6), et celle qui a passé dans l'urèthre, à peine serrée, aussitôt les opérations du prépuce et du méat faites (n° 17), est telle qu'il nous est impossible de ne pas faire intervenir la cessation brusque de l'irritation produite par le prépuce et le méat dans le résultat obtenu.

Ce qu'il y a encore de frappant dans ces observations, c'est le résultat ultérieur. Chez le second de ces malades qui, depuis des années, se passait des petites bougies pour pouvoir uriner, qui, après ses différentes uréthrotomies internes, supportait difficilement le n° 40 Beniqué pour descendre rapidement bien au-dessous de ce calibre et redemander une nouvelle opération, chez ce malade les nos 42 à 45 Beniqué passaient avec la plus grande facilité. Malheureusement nous n'avons pas revu ce malade ; il est retourné, chez lui, en province.

Mais celui de la première observation nous le revoyons à

(1) Voir *Progrès médical*, n° 20.

peu pres tous les mois. Il vient nous demander de lui passer les catheters Beniqué et lorsqu'on éprouvait souvent les plus grandes difficultés à lui passer les numéros 35 à 37, étant toujours arrêté par un spasme de la partie profonde de l'urèthre, tantôt à la région membraneuse, tantôt au col de la vessie, maintenant, depuis le débridement du méat, on passe d'emblée sans la moindre difficulté les numéros 43 et 45 Beniqué, et le malade n'éprouve plus ces difficultés pour uriner qui l'obligeaient jadis à passer de fines bougies, lesquelles retirées étaient suivies de l'écoulement de l'urine.

Les observations qui précèdent démontrent surabondamment que le rétrécissement de l'urèthre localisé dans la région pénienne ou partout ailleurs peut être le siège de spasmes qui diminuent son calibre et rendent plus énergiques, plus complets les troubles fonctionnels de l'émission de l'urine. Nous savons cela depuis longtemps. En effet, il n'est pas rare de voir des rétrécissements péniens relativement peu étroits provoquer la rétention d'urine complète sous l'influence d'une cause occasionnelle générale plus ou moins marquée. Ainsi les excès de table, l'excès de boissons alcooliques, les longs voyages en chemin de fer sont les causes occasionnelles habituelles de la rétention d'urine chez les individus atteints de rétrécissement. En dehors de l'état congestif plus ou moins inflammatoire localisé au point de l'urèthre malade il y a certainement une contraction spasmodique locale ainsi que le démontre le traitement même de la rétention dans ces cas. Comme le dit M. Reliquet dans son traité des opérations (1869), p. 148 et suivantes : « La bougie en pénétrant dans l'orifice rétréci produit les effets suivants :

« 1° Fait cesser le spasme et va facilement dans la vessie ; alors l'urine s'écoule soit par-dessus la bougie, soit sous forme de jet très notable, la bougie étant retirée.

« 2° La bougie pénètre dans l'orifice du rétrécissement, mais y est serrée sans pouvoir aller jusque dans la vessie. Ici lorsque l'envie d'uriner se produit, on retire la petite bougie de façon à ce que son extrémité filiforme reste seule dans le rétrécissement et l'urine sort par jet saccadé. Aussitôt on reconduit la bougie dans le rétrécissement le plus loin possible. Sous l'influence de la présence de la petite bougie le spasme au niveau du rétrécissement finit par cesser, la petite bougie arrive dans la vessie et presque toujours les malades urinent par-dessus. Bien entendu les moyens antiphlogistiques locaux doivent être au besoin combinés pour faire cesser l'état congestif ou inflammatoire local.

« Pour bien montrer l'existence de ce spasme au niveau du rétrécissement pénien voici le fait que j'ai observé en 1863, étant interne à l'Hotel-Dieu. Au milieu de la nuit je suis appelé dans le service de M. Monneret ; je trouvais un malade âgé de 30 ans environ, atteint de rhumatisme articulaire aigu généralisé avec fièvre intense et sueurs abondandes, qui se plaignait de ne pas pouvoir uriner Ce malade avait un rétrécissement qui le forçait à se sonder toutes les fois qu'il faisait un excès, et il m'indique le numéro de la sonde-bougie dont il se sert en pareil cas. C'était le numéro 10 filière Charrière. Devant mon collègue Lascano qui m'avait accompagné, j'introduis cette sonde dans l'urèthre qui est arrêtée bien avant le bulbe. Je la poussais légèrement lorsqu'il sortit brusquement par le pavillon un jet de sang pur. Effrayé, je retire la sonde mais l'urine ne s'écoulant pas, après quelques instants j'introduis la même sonde qui passe sans difficulté et qui est à peine serrée ; la vessie se vide.

« Le lendemain matin, mon collègue Sottas qui était interne du service, me dit qu'il venait de faire pisser le meme malade avec une sonde plus grosse que celle dont je m'étais servi. »

Par les faits que nous venons de donner, nous démontrons que les dispositions vicieuses du méat et du prépuce qui provoquent de l'irritation à l'extrémité de la verge déterminent le spasme de l'urèthre simulant d'une façon complète le rétrécissement du canal et aggravant le rétrécissement quand celui-ci existe déjà. Il n'y a pas de doute maintenant quand les troubles pathognomoniques des retrécissements de l'urèthre existeront chez des sujets ayant en même temps soit le prépuce étroit, étroit et court, etc., soit le méat étroit ou simplement placé très haut sur le gland, il faudra faire disparaître ces dispositions vicieuses pour savoir s'il y a réellement rétrécissement et, si le rétrécissement réel existe, pour en apprécier le calibre véritable.

Civiale parle à chaque instant dans ses travaux de l'utilité de débrider le méat soit pour faciliter le passage des instruments, — car il avait remarqué que toutes les fois qu'un instrument est serré dans le méat, on franchit difficilement avec lui la région profonde de l'urèthre, — soit pour faire disparaître ce qu'il appelait l'atonie vésicale, ce que nous nommons stagnation d'urine. Et voici ce qu'il dit (3e édition, tome III, page 270) : « J'ai eu à traiter un grand nombre de sujets affectés d'atonie opiniâtre de la vessie. Dans un cas entre autres, après avoir employé divers moyens sans succès, je me suis trouvé conduit à rechercher s'il n'existait pas dans l'urèthre ou dans la vessie quelque lésion organique susceptible d'entretenir les accidents. Je reconnus que l'introduction d'une grosse bougie n° 10 ou 11 était rendue impossible par une bride au méat urinaire. Je détruisis cette bride dans l'unique but de pouvoir plus tard faire passer une bougie ou un instrument explorateur sans que le malade souffrît. Quelle n'a pas été ma surprise, au bout de quelques jours, de voir disparaître par cela seulement tous les symptômes d'atonie de la vessie et de stagnation d'urine ! En se multipliant, les faits de ce genre m'ont mis à même d'apprécier la portée d'une cause qui reste si souvent ignorée et, depuis lors, j'ai guéri un grand nombre de malades par le simple débridement du méat urinaire. »

Evidemment, Civiale faisait disparaître ainsi le spasme de l'urèthre qui gênait le cours de l'urine et entraînait l'atonie vésicale. Ce sont là des faits que nous observons très souvent.

L'existence de la valvule de la fosse naviculaire unique ou multiple, plus ou moins développée, placée plus ou moins loin en arrière du méat, peut devenir, dans des conditions variables, la cause d'un spasme de l'urèthre simulant un rétrécissement. Presque toujours ces valvules ont la disposition des valvules sygmoïdes de l'aorte, ayant leur cul-de-sac ouvert en avant. Il en résulte que le flot d'urine venant de la vessie applique la valvule contre la paroi supérieure du canal. Quand ces dispositions valvulaires ne diminuent en rien le calibre de l'urèthre et n'ont point été le siège d'une inflammation, surtout dans leur cul-de-sac, le sujet garde indéfiniment cet état anormal sans en éprouver aucune espèce de gêne. Si elles diminuent le calibre de l'urèthre, elles agissent exactement comme l'atrésie du méat avec toutes ses conséquences. Quelquefois, ainsi que nous l'avons observé, la valvule présente une disposition circulaire comme un diaphragme percé d'un orifice plus ou moins central, de diamètre variable. Ordinairement, dans ce cas, il suffit d'écarter les lèvres du méat pour reconnaître cette disposition vicieuse que, du reste, l'introduction d'une bougie en suivant la paroi supérieure de l'urèthre et arrêtée par un obstacle invite à explorer avec un stylet mousse. Il est évident qu'un instrument est serré par ce rétrécissement vraiment congénital de la fosse naviculaire de l'urèthre. Une fois détruit par le débridement qu'il convient, les choses se passent exactement comme dans les cas de débridement du méat dont nous avons parlé. On reconnait de suite la disparition de l'obstacle profond en pouvant passer des sondes beaucoup plus volumineuses que celles qu'on passait auparavant.

A côté de ce rétrécissement que nous appellerons (valvulaire) du méat, il y a une autre disposition de l'extrémité antérieure de l'urèthre qui, sans déterminer une véritable diminution du calibre du canal, est caractérisée par une direction sinueuse et agit en réalité comme le ferait un calibre rétréci. L'urèthre peut avoir dans ces cas un méat normal, ordinairement placé un peu haut sur le gland ; puis il se dirige en bas ; sa paroi inférieure en arrière du méat présente le cul-de-sac sur lequel nous avons tant insisté ; mais sa paroi supérieure n'est point convexe comme dans les fosses naviculaires habituelles. Ici il n'y a pas de fosse naviculaire et en arrière du méat le calibre de l'urèthre est comme tubulé et ce tube se dirige en bas, puis remonte pour se continuer avec le canal normal. On comprend que l'introduction d'une sonde dans cette portion du canal doit forcément rectifier sa sinuosité et pour peu qu'elle ait le volume du calibre habituel du canal elle sera serrée dans l'urèthre à ce niveau. De là encore une cause de spasme de l'urèthre que Civiale a indiquée il y a longtemps.

Il est clair que le débridement du méat doit être fait très complètement sur la paroi inférieure de l'urèthre jusqu'à l'urèthre de direction normale, ainsi qu'il nous est arrivé de le faire chez un malade qui avait déjà subi une opération d'uréthrotomie et dont nous donnerons l'observation complète dans un mémoire ultérieur.

Ces dispositions vicieuses, mêmes lorsqu'elles ne sont pas assez développées pour agir comme l'atrésie du méat, deviennent une cause permanente d'irritation à l'extrémité de la verge, après la blennorhagie et même après de simples uréthrites. Toutes les fois que la muqueuse des culs-de-sac des vavules a subi ou été envahie par l'inflammation, à moins que le cul-de-sac soit peu profond, qu'il puisse être facilement touché par les injections ou lavé par l'urine, l'inflammation y devient chronique avec des exacerbations à la moindre surexcitation. Nous avons vu des sujets se dire atteints de rétrécissement chez lesquels les bougies étaient serrées dans la région profonde de l'urèthre. Chez eux aussi la vessie ne se vidait pas. Tout cela disparaissait après la section des valvules et par suite la disparition de l'inflammation chronique localisée à leurs culs-de-sac.

Il arrive assez fréquemment que la valvule de la fosse naviculaire n'est visible et bien reconnaissable que lorsqu'on a débridé le méat ; car sa position anormale sur le gland coïncide assez souvent avec l'existence de ces valvules.

Il y a des dispositions anormales des glandes de l'urèthre et du gland qui coïncident avec les malformations du prépuce et du méat. Quand ces glandes à dispositions anormales s'enflamment — ce qui est très fréquent — elles augmentent d'une façon notable l'irritation de l'extrémité de la verge. Lorsqu'elles existent seules, sans aucune espèce de disposition mauvaise du prépuce ou du méat, leur état inflammatoire chronique, la suppuration de leur cavité suffit pour déterminer le spasme de l'urèthre et provoquer des troubles de miction. La disparition de ces suppurations glandulaires suffit à faire cesser tous les troubles fonctionnels. Les variétés de ces dispositions glandulaires anormales sont assez nombreuses. Nous les étudierons en même temps que leurs inflammations dans un travail ultérieur.

Chez les hypospades l'atrésie congénitale du méat provoque les troubles fonctionnels et les spasmes de l'urèthre comme chez les sujets qui ont l'urèthre complet. Le débridement du méat doit être fait chez eux d'une façon toute particulière ainsi que cela est décrit dans les leçons sur la stagnation d'urine (p. 170).

Les glandes de Cooper et les glandes de Cooper situées anormalement dans les parois de la portion pénienne de l'urèthre, étant le siège d'inflammation aiguë ou chronique, peuvent être l'origine d'un spasme dans la région profonde de l'urèthre simulant le rétrécissement, déterminant de la stagnation et même de la rétention d'urine. Dans les leçons sur les spasmes de l'urèthre et de la vessie et sur les stagnations d'urine (p. 110 et 177) M. Reliquet insiste sur ces faits. Des observations *in extenso* sont dans le mémoire sur les fistules uréthrales non urinaires (1885). Ici, en soignant la coopérite, on rétablit le calibre de l'urèthre.

La muqueuse de la partie pénienne de l'urèthre peut être le siège de modifications tenant à l'état général du sujet et localisées dans une section plus ou moins longue ou sur une surface plus ou moins grande de la paroi de l'urèthre et simulant un véritable rétrécissement.

Observation XI. — (M. Reliquet.)

En 1874, je fais la lithotritie à un homme de 60 ans, goutteux, ayant fréquemment des alternatives de manifestations articulaires de la goutte et d'herpès cutané se localisant sur les points les plus variés du corps. Chez ce malade, il s'agissait d'une pierre plate d'à peine un centimètre d'épaisseur et de quatre centimètres dans les autres dimensions. A la première séance je fis, avec le plus grand soin, l'évacuation des graviers par la sonde, au moyen des injections, préoccupé de ne pas laisser dans la vessie de ces fragments longs et étroits, que l'on évite difficilement dans ces cas de pierre plate, même avec mon brise-pierres. A cette époque, nous faisions encore les séances courtes sans chloroforme. Vingt-quatre heures après la première séance, le malade se plaint d'éprouver de la gêne dans l'urèthre et d'être obligé de pousser plus énergiquement pour uriner (il urinait étant couché). En palpant l'urèthre je trouve, à la partie moyenne du pénis, une induration d'un centimètre et demi de longueur semblant occuper toute la section de l'urèthre. Je crus de suite à un gravier arrêté dans l'urèthre, car c'est là le lieu d'élection. J'examine directement : l'instrument en métal ne donne aucun contact de gravier ; je veux passer une sonde en gomme : je suis arrêté. Bref, je ne puis introduire qu'une petite bougie n° 12 et je reconnais que pour la faire entrer il faut la diriger sur la paroi latérale gauche. Mon anxiété fut très grande. J'étais très certain de ne pas avoir déchiré l'urèthre pendant mon opération et je craignais beaucoup l'arrêt de graviers en arrière de cette tuméfaction. Bien entendu, la position horizontale sur le dos fut imposée au malade de la façon la plus absolue. J'étais très inquiet lorsque, quarante-huit heures après cette découverte, le malade me dit qu'il urinait très librement, mais que depuis le matin il avait une large éruption sur la fesse gauche. C'était une éruption d'herpès. Alors il me raconta que souvent ses accès de goutte au pied disparaissaient lorsque apparaissait une éruption cutanée semblable à celle-ci.

Ici, il s'agit d'un état aigu et le diagnostic avec le rétrécissement vrai est facile en raison de commémoratifs. Mais on comprend que ce qui n'a duré chez ce malade que quarante-huit heures peut se produire d'une façon chronique et avoir une durée beaucoup plus longue, de façon à simuler le rétrécissement vrai. C'est ce que nous avons observé chez un homme de trente-cinq ans, riche, grand chasseur. Chez lui il y avait, à environ cinq centimètres en arrière du méat, une petite nodosité de volume variable disparaissant tout à fait pendant un certain temps pour revenir à des époques indéterminées. Quand elle existait, le rétrécissement du canal était manifeste. Il nous est arrivé de ne pouvoir y passer que le n° 13 qui était serré au

niveau de cette nodosité. Cela existait chez un goutteux.

Comme nous l'avons déjà dit, les irritations siégeant dans la portion profonde de l'urèthre, du collet du bulbe au col vésical, dans les glandes périphériques à cette région ou dans les organes annexes, provoquent l'état spasmodique de la région profonde de l'urèthre avec excitation vésicale. De là des envies d'uriner très fréquentes, avec excitation vésico-uréthrale plus ou moins douloureuse. De là également ce fait important : les symptômes douloureux de la rétention d'urine se produisent dans ces cas, la vessie étant relativement peu dilatée. Ceci tient une grande place dans l'histoire des affections aiguës de la prostate et ce sujet a été développé dans les leçons sur les stagnations d'urine. Dans ces cas, la contracture de l'urèthre profond — que la cause soit une inflammation ou une irritation chronique d'un ou de plusieurs éléments glandulaires de la prostate, soit une inflammation du plancher prostatique en avant de la lèvre inférieure du col vésical, soit une affection des voies séminales proprement dites, du canal déférent, de la vésicule séminale — est la résultante de ces irritations. Elle simule bien réellement le rétrécissement, puisque la petite bougie qui y est introduite est serrée. Mais elle agit aussi en déterminant une déviation antéro-postérieure de l'urèthre, le col vésical et la portion profonde de l'urèthre étant fortement attirés en haut par l'état de spasme des muscles propres de l'urèthre dans cette région. Cette déviation, qui imprime à la sonde ou à la bougie une courbure considérable pour arriver dans la vessie, détermine une compression de l'instrument qui fait croire à l'opérateur à une diminution du calibre de l'urèthre. Ainsi, d'une part, contracture de la région membraneuse agissant par compression directe, simulant bien le rétrécissement sur la sonde ou sur la bougie, et, d'autre part, déviation de l'urèthre relevant fortement la sonde ou la bougie en la comprimant dans des points alternes. Voilà deux causes d'erreur qui ont bien souvent trompé les chirurgiens et qui les tromperont souvent s'ils n'y prennent garde. Nous ne comptons plus les cas où nous avons eu à rectifier le diagnostic de rétrécissement de l'urèthre dans les faits de ce genre. M. Reliquet se rappellera toujours avoir été mandé par M. Gosselin, près d'un jeune homme appartenant au monde médical. On l'appelait pour faire l'uréthrotomie interne. Comme toujours il prit dans sa boîte une bougie conique olivaire très molle n° 18. Le malade étant dans la position couchée propre au cathétérisme, la bougie fut conduite de la façon la plus observée dans l'urèthre et, sans rencontrer le plus léger obstacle, elle arriva dans la vessie à l'étonnement général. En retirant la bougie, lorsque son extrémité arrive au méat, un bourbillon muqueux blanc, épais, de consistance visqueuse, sort à sa suite de l'urèthre. Le malade en éprouva un grand soulagement. Les jours suivants, il fut facile de reconnaître que cette mucosité venait de la région profonde de l'urèthre. Lorsque la difficulté pour uriner reparut par le toucher rectal, on reconnaissait un gonflement notable de la région membraneuse avec sensibilité. Chez les individus où la déviation uréthrale domine, le diagnostic réel se fait encore avec la bougie conique olivaire très souple ou avec la sonde coudée, petit bec, assez souple ou enfin avec la sonde coudée à grande courbure (1). Quand on a pénétré dans le collet du bulbe avec ces instruments, il est à peu près certain que l'on a affaire à la déviation uréthrale ; car les rétrécissements vrais de la région prostatique sont extrêmement rares et toujours d'origine traumatique.

Il y a des sujets qui, entre chaque miction, gardent dans l'urèthre des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, d'acide urique ou même d'oxalates, qui se plaignent de difficultés pour uriner simulant celles du rétrécissement. Quand on explore l'urèthre les bougies fines (7 à 12) sont serrées. En les retirant, on trouve sur la bougie les cristaux qui étaient dans l'urèthre. Il suffit alors de traiter ces formes de gravelle, de faire disparaître les cristaux pour rétablir le calibre de l'urèthre et l'intégrité de la miction.

Les organes placés au voisinage de l'urèthre (rectum, anus) peuvent être le point de départ d'irritations qui auront pour conséquence le spasme de l'urèthre. Parmi ces causes de voisinage, une des plus fréquentes est l'accumulation de matières fécales dans le rectum. Généralement, on attribue la rétention qui se produit en pareil cas à la compression de l'urèthre par les matières fécales qui repoussent en avant la prostate. Les observations suivantes démontrent que le spasme de l'urèthre avec diminution de calibre au niveau de la portion membraneuse peut s'ajouter aux phénomènes de compression.

Pendant le siège de Paris, M. Reliquet fut appelé par deux confrères différents près de deux malades chez qui le diagnostic rétrécissement de l'urèthre avait été porté (1). L'un était un homme de 45 ans. Il n'avait de difficultés pour uriner que depuis quelque temps. Un confrère avait voulu le sonder et n'avait pu engager dans l'urèthre qu'une toute petite bougie. Moi-même je pouvais introduire le n° 8 jusque dans la vessie, mais le n° 9 était retenu serré au niveau de la portion membraneuse. J'examine par le rectum, je trouve la prostate assez grosse et le rectum complètement plein de matières fécales. En raison du peu d'ancienneté des difficultés pour uriner je ne crus pas au rétrécissement. Nous débarrassâmes le rectum au moyen de grands lavements et d'un purgatif salin et, deux jours après, je pus passer dans l'urèthre les n°s 22 et 23 sans difficulté. Du reste la miction a été complètement rétablie.

Le second malade était un concierge de 64 ans environ. Comme chez le premier, une petite bougie n° 10 était serrée au niveau de la région membraneuse ; la prostate était très grosse et le rectum plein de matières fécales. Là encore, lorsque le rectum a été vide, la miction est redevenue ce qu'elle était auparavant.

Cet état de spasme de l'urèthre, dû à la constipation, s'observe aussi chez les individus jeunes. Nous l'avons vu assez développé, chez un homme de 30 ans, pour retenir dans la vessie plus de 500 grammes d'urine après la miction. La bougie n° 12 était serrée dans l'urèthre pendant la constipation et, dès qu'elle cessait, l'urèthre laissait passer les instruments les plus volumineux ; en même temps la vessie se vidait.

Les hémorrhoïdes peuvent agir sur l'urèthre de deux façons différentes. Dans le premier cas, le gonflement hémorrhoïdal est considérable, l'anus est tuméfié, les bourrelets hémorrhoïdaux font saillie à l'extérieur. Si on touche le rectum, on commence par reconnaître le phénomène de contracture du sphincter anal sur les hémorrhoïdes et on trouve toujours la prostate tuméfiée

(1) Reliquet. — *Traité des opérations des voies urinaires* Chapitre 1er (du Cathétérisme).

(1) Ces deux observations ainsi que les suivantes sont publiées dans le *Leçons sur les maladies des voies urinaires* (page 116 et suivantes).

ayant une consistance plus molle qu'à l'état normal; il y a congestion prostatique. Dans ce cas, on rencontre toujours du côté de l'urèthre une élévation considérable de la lèvre inférieure du col vésical.

Dans le second cas il s'agit de vieilles hemorrhoïdes qui n'ont pas été gonflées et qui n'ont pas flué depuis longtemps : « Chez un malade âgé de 70 ans, très bien constitué, je constatai au premier cathétérisme une diminution de calibre au niveau de la portion membraneuse qui ne permettait pas de passer la sonde n° 15. La vessie était distendue et retenait de l'urine après chaque miction. Ce malade n'avait de troubles de la miction que depuis très peu de temps. En le touchant par le rectum, je constatai que la prostate était symétrique, peu développée pour son âge et d'une dureté uniforme et normale. Mais la muqueuse rectale au niveau de la prostate présentait un repli flottant ayant comme un noyau dur à son limbe, noyau par conséquent éloigné de la prostate. Le malade me raconta qu'il avait eu des hémorrhoïdes pendant de longues années, à des époques fixes et qu'elles avaient cessé de paraître depuis une dizaine d'années. Je cherchai alors la cause occasionnelle. Il me raconta qu'il venait de faire un long voyage pour accompagner un de ses parents malade et que dans le cours de ce voyage, pendant une constipation qui dura plusieurs jours, il fut pris d'une difficulté pour uriner qui ne cessa pas. Evidemment ici la constipation et l'excitation due au voyage ont été les causes occasionnelles qui ont provoqué un gonflement d'anciennes hémorrhoïdes. Ces troubles de miction se continuèrent jusqu'à ce que cette marisque interne ait diminué de volume et se soit complètement ramollie sous l'influence de lavements quotidiens qui maintenaient le rectum vide.

Alors l'urèthre laisse passer le n° 22 sans qu'il soit serré. Ici cette marisque irritait ou excitait l'urèthre par son contact avec la prostate (1). (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Enseignement professionnel des infirmiers et infirmières. — Société des Secouristes français.

Nous avons commenté à grands traits dans notre dernier *Bulletin* les heureux résultats des élections municipales et des élections au Conseil général. De nouveau, la majorité est acquise dans les deux Conseils à la réforme dont on nous a si souvent reproché l'initiative. Nos adversaires, en choisissant pour plate-forme électorale la réintégration des Sœurs, ne se montraient plus aussi absolus qu'autrefois. Malgré leur assurance, ils n'étaient pas sans douter du succès et beaucoup se contentaient de demander qu'un certain nombre d'hôpitaux fût laissé aux Sœurs et que les laïques fussent maintenues dans d'autres établissements. Au point de vue pratique, cette idée laisse singulièrement à désirer. De plus, ils ne disaient mot de l'un des aspects de la réforme, le plus intéressant, principal même, pour les malades: c'est-à-dire la valeur professionnelle des personnes qui ont pour mission de leur donner des soins sous la direction médicale.

Aujourd'hui, les exigences de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique sont tout autres qu'elles étaient il y a une quinzaine d'années. De là, la nécessité d'instituer un enseignement professionnel pour les infirmiers et les infirmières. Les partisans des religieuses ne s'en sont nullement préoccupés. Cela doit être au contraire le souci des médecins et des administrateurs, s'ils veulent véritablement mettre en œuvre les pratiques si avantageuses pour les malades de l'hygiène et de la thérapeutique modernes. Ce que les uns et les autres doivent vouloir, c'est que les auxiliaires des médecins ne soient plus, comme avec les religieuses, des domestiques de dernier ordre, mais au contraire des hommes et des femmes possédant des connaissances professionnelles sérieuses, et en mesure de les seconder efficacement. La direction de l'assistance publique au Ministère de l'Intérieur a l'obligation de pousser à la création d'Ecoles d'infirmières fonctionnant régulièrement avec un programme commun, et leur délivrant des diplômes dans des conditions identiques. Ceci fait, elle devra progressivement exiger que les fonctions de surveillant et de surveillante d'abord, d'infirmière ultérieurement, ne soient confiées qu'à des personnes pourvues du diplôme. De même qu'on refuse le droit d'enseigner aux hommes et aux femmes qui n'ont pas leur brevet de capacité, de même il faut arriver à n'avoir dans les hôpitaux qu'un personnel pourvu du diplôme d'infirmière ou d'infirmier. Nous nous sommes laissé devancer depuis longtemps dans cette voie par l'Angleterre, les Etats-Unis, etc., pays où fonctionnent de nombreuses écoles d'infirmières. Certains partisans des religieuses se sont rendu compte de l'insuffisance de leur instruction et ont signalé la nécessité de remplacer leur antique routine par des connaissances sérieuses. Nous doutons fort qu'ils y réussissent. Donner le goût de l'étude aux religieuses est périlleux pour les congrégations.

L'*enseignement professionnel* pour le personnel hospitalier a été le point de départ d'une autre réforme. Si déjà quelques tentatives heureuses avaient été faites pour donner aux personnes de bonne volonté quelques connaissances afin de les mettre en mesure d'être utiles aux blessés en temps de guerre, c'est surtout depuis une dizaine d'années que cet enseignement sommaire a pris une réelle extension, et tout dernièrement, sous le nom de *Secouristes français*, il vient de s'organiser des cours destinés à donner les notions des premiers soins aux malades et aux blessés, sur la voie publique, dans les ateliers, théâtres, concerts, etc., et de constituer ainsi un personnel capable d'organiser les secours en cas d'urgence en attendant l'arrivée du médecin.

L'idée de cette Société remonte au Congrès d'Assistance publique de 1889. Prenant pour point de départ les communications de M. le D[r] Mauriac (de Bordeaux), faites sur la mission dont il avait été chargé en Allemagne pour y étudier les différentes Sociétés de secours publics en cas d'accidents, notre collaborateur Albin Rousselet, de concert avec M. le D[r] Mauriac, avait résolu de tenter quelque chose de semblable en France.

La ville de Bordeaux a eu la première l'honneur, grâce au zèle et à l'activité de M. le D[r] Mauriac, d'organiser sous le nom d'*ambulances urbaines de Bordeaux* une Société destinée à donner les notions des

(1) *Leçons sur les Maladies des Voies Urinaires* (p. 119).

DÉBILITÉ, ANÉMIE, MALADIES DE L'ENFANCE
sont combattues avec succès par la
FUCOGLYCINE GRESSY

DRAGÉES ET CACHETS DE PHÉNÉDINE-PELISSE
Paraacétphénétidine
fabriqués par la Société des Matières Colorantes de Saint-Denis.
DOSAGE : 0 gr. 25 de Phénédine par dragée et par cachet.

LE PROGRÈS MÉDICAL. III

DÉBILITÉ, ANÉMIE, MALADIES DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

VIN TANNIQUE

DE BAGNOLS-SAINT-JEAN

Médaillé aux Expositions de Philadelphie 1876, Sidney 1879.
Médaille d'Argent Anvers 1885, Médaille d'Or Paris 1885.

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la **chlorose**, la **phthisie** avec **atonie**, le **rhumatisme chronique**, la **goutte atonique** ou **viscérale**, et toutes les **dyspepsies**; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

VENTE EN DÉTAIL : DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Expédition en Province, par caisse de 12 bouteilles, *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

PRIX : *3 francs* LA BOUTEILLE DE 83 CENTILITRES,
ET *1 fr. 75* LA 1/2 BOUTEILLE DE 50 CENT.

Entrepôt général E. DITELY, propre, 18, Rue des Écoles, PARIS.

D'après l'opinion des Professeurs

BOUCHARDAT	GUBLER	TROUSSEAU
Tr Pharm. page 300.	*Comment. du Codex, page 813.*	*Thérapeutiq., page 214.*

LE VALÉRIANATE d'Ammoniaque DE PIERLOT

est un névrosthénique et un puissant sédatif

DES NÉVROSES, DES NÉVRALGIES, DU NERVOSISME

Une cuillerée à café, matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée.

THÉ SAINT-GERMAIN (Codex p. 538) **DE PIERLOT** : Purgatif sûr et agréable.

DRAGÉES ET CACHETS DE PHÉNÉDINE-PELISSE

Paraacétphénétidine
fabriqués par la Société des Matières Colorantes de Saint-Denis.

DOSAGE : *0 gr. 25 de Phénédine par dragée et par cachet.*

Deux dragées ou deux cachets suffisent pour supprimer la **Migraine** et calmer les **Douleurs Névralgiques**. — Ils n'occasionnent ni troubles gastriques ni vertiges.

Dépôt à Paris : Phie **PENNÈS**, 49, Rue des Écoles.
DÉ... DANS TOUTES LES PHARMACIES

l'Eau de Léchelle

HÉMOSTATIQUE

Combat efficacement les **Hémorrhagies utérines et intestinales**, l'**Hémoptysie**, l'**Atonie des organes**, les **Affections des muqueuses** : **Leucorrhée, Diarrhée, Catarrhe**, etc.

Dépôt général : 37P, rue St-Honoré, Paris

Ampoules Boissy

A L'IODURE D'ÉTHYLE

Pour le *Traitement de l'Asthme*
Par la *Méthode iodurée.* — Guérison complète.
Pour Inhalations — *Une dose par Ampoule*
BREVETÉES S. G. D. G.

Ampoules Boissy

AU NITRITE D'AMYLE

SOULAGEMENT IMMÉDIAT
Et Guérison des ANGINES de Poitrine
Syncopes, Mal de Mer, Migraine, Hystéro-Épilepsie

4 fr. la Boîte. — 2, Place Vendôme, PARIS.

ELIXIR et DRAGÉES FERRO-ERGOTÉS MANNET

Par Dragée / Par cuill. à café : Ergot, 0,05. Citr. de fer amm., 0,10

Chlorose, Anémie,
Métrite chronique, Incontinence d'urine,
Spermatorrhée, Leucorrhée,
Métrorrhagie, Dysménorrhée

2, Place Vendôme, 2, PARIS

LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES

POUR MALADES ET BLESSÉS

DUPONT

Fabricant breveté s. g. d. g. — Fournisseur des Hôpitaux

PARIS, rue Hautefeuille, 10, au coin de la rue Serpente
(PRÈS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE).

LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES A TOUTES LES EXPOSITIONS FRANÇAISES

...reil pour soulever les malades s'adaptant à tous les lits.

FAUTEUIL OPHTALMIQUE

CHAISE-LONGUE POUR CABINET
Élévation du bassin par manivelle, patins à écartement gradué.

... et Croissants s'adaptant à ...les tables au moyen d'étaux.

Fermée — Ouverte pour spéculum — Développée pour opérations

ÉTABLISSEMENT THERMAL DE

NEYRAC-LES-BAINS

à 1 heure de Vals, près la gare de Nieigles-Prades

Ces eaux administrées en boissons, bains et douches, sont souveraines contre les affections de la peau, les blessures, suites des opérations chirurgicales, affections génito-urinaires, rhumatismes et maladies nerveuses.

HOTELS tenus par M VIGIER

Pavillons de famille à des prix modérés.

Parc, chasse et pêche abondantes, excursions ombreuses et variées. Service de guides, omnibus à tous les trains.

Ouverture le 29 mai. Fête d'inauguration

DYSPEPSIES - GASTRALGIES

Pepsine Boudault

premiers soins (blessés, noyés et asphyxiés), aux agents de police, douaniers, mariniers de Bordeaux et à organiser des postes de secours dans cette ville.

La population bordelaise dès 1890 accepta avec empressement les idées du Dr Mauriac, et son œuvre, dont le *Progrès Médical* est heureux d'enregistrer le succès, a pris depuis un essor considérable.

En 1891, M. Rousselet organisait à Paris une *Ecole d'ambulancières et d'ambulanciers* avec le concours des médecins dévoués de la Policlinique de Paris, qui lui avaient prêté leur local. De suite elle recevait un certain nombre d'élèves. L'année suivante (1892), une deuxième école était ouverte au IXe arrondissement.

Ces deux essais ayant réussi, M. Albin Rousselet s'est décidé à fonder une Société des *Secouristes français*, analogue à celles qui existent à l'étranger sous des noms divers. Afin de mettre le plus de personnes possible en mesure de donner les secours convenables dans les cas d'urgence avant l'arrivée du médecin, la Société a organisé dans les 20 arrondissements de Paris une série de cours dans les mairies et les écoles faits par des docteurs en médecine (voir p. 413 la liste de ces cours).

La Société a été autorisée par un arrêté de M. le Préfet de police en date du 28 décembre 1892 et elle a reçu les encouragements très sympathiques de M. Poubelle, préfet de la Seine, de M. Louis Gallet, chef de la division des hôpitaux et hospices à l'Assistance publique qui en a accepté la présidence, de M. Le Roux, directeur des affaires départementales, etc.

Nous faisons des vœux pour le succès de la *Société des Secouristes français*. Elle rendra des services aux malades et aux blessés qui recevront des soins plus intelligents et moins routiniers, partant plus efficaces, et, d'autre part, ses cours fourniront certainement des recrues nouvelles aux écoles municipales d'infirmières et d'infirmiers de la ville de Paris. BOURNEVILLE.

Les médecins de marine et l'exercice de la médecine dans les colonies.

Nos lecteurs ont encore souvenir des réclamations adressées au ministre de la guerre, par l'union des syndicats médicaux de France, pour le prier de mettre terme aux les agissements des médecins militaires qui essaient de se créer, en dehors de leurs fonctions rétribuées, une clientèle civile, dont ils tirent profit. Le *Progrès médical* a fait connaître en temps utile la réponse du général Loizillon. Il y était dit, en propres termes, que « la pratique civile de la clientèle n'est compatible avec la situation des médecins militaires et avec leurs devoirs envers l'armée, que si elle est désintéressée et gratuite, le médecin militaire devant se borner, en principe, à donner son concours à ses confrères civils, sans jamais leur faire une concurrence indigne de la qualité d'officier, et nuisible aux intérêts moraux de la médecine d'armée. »

Il serait à désirer, qu'à son tour, M. le ministre de la marine tienne pareil langage à ses subordonnés, les médecins de marine, qui font dans les colonies une concurrence très sérieuse aux médecins civils.

Qu'il nous soit ici permis de citer le plus largement possible les passages d'une longue lettre qui nous est adressée d'Haïphong (Tonkin), par le Dr Michaud, ancien interne des hôpitaux de Paris.

« Tout médecin civil qui veut s'établir dans une colonie française, écrit notre confrère, se trouve immédiatement aux prises avec les plus grandes difficultés. Il ne tarde pas à devenir l'objet des poursuites jalouses et souvent haineuses des médecins de marine qui, depuis longtemps, regardent les colonies comme leur fief. Pour les membres du corps de santé de marine, les colonies constituent un terrain médical qui leur est réservé, aussi n'est-il pas de moyens qu'ils n'emploient pour éliminer, déconsidérer le médecin civil venu de la métropole pour s'établir dans les colonies. Il semble, d'ailleurs, que l'administration les soutienne dans leurs entreprises. »

Notre correspondant nous expose la façon dont s'exerce la concurrence des médecins de marine. On n'aura pas de peine à se convaincre que la lutte contre de pareils adversaires est très difficile à soutenir, sinon impossible. Le médecin de marine est logé gratuitement par l'administration; il reçoit des frais d'indemnité considérables pour sa nourriture, son éclairage et son chauffage; il touche un traitement fixe, largement suffisant, assure-t-on, pour subvenir à ses besoins; tous ses déplacements sont gratuits; le voyage de la métropole aux colonies lui est remboursé. De plus, il n'a nul besoin d'avoir des instruments à lui : ceux-ci lui sont fournis par l'hôpital militaire ou par l'administration.

Le médecin civil a tout à sa charge : loyer considérable, dépenses personnelles de nourriture, de déplacements, etc. Les municipalités lui imposent, en outre, une forte *patente*, que les médecins de marine se refusent à payer sous le fallacieux prétexte qu'ils sont fonctionnaires et officiers.

Ils consentent de la meilleure grâce du monde à accepter les gros bénéfices que leur apporte la clientèle civile, les abonnements des administrations, mais dès qu'il s'agit d'accepter des charges, ils se retranchent derrière leur titre de fonctionnaire. Comme médecins militaires, ils prennent la licence de faire beaucoup de médecine civile, mais en tant que militaires ils ne veulent pas être assimilés aux médecins civils, et partant être patentés.

Les médecins de marine disposent de moyens particuliers pour attirer à eux toute la clientèle coloniale. Les fonctionnaires civils ont besoin d'un certificat médical pour obtenir des congés de convalescence. Seuls, les médecins de marine font partie des conseils de santé qui délivrent ces certificats. Il en résulte nécessairement que les malheureux fonctionnaires civils qui veulent obtenir un congé ne sont pas libres d'appeler le médecin de leur choix. S'ils ne se font pas soigner par le membre du conseil de santé omnipotent, ils n'obtiennent pas de certificat ou en obtiennent un défavorable.

Tous ces faits ont déjà été soumis à l'attention des pouvoirs compétents, qui paraissent n'en avoir cure. Il existe cependant une circulaire en date du 17 avril 1889, par laquelle l'amiral Krantz, ministre de la marine, interdit aux médecins de la marine de faire de la clientèle civile s'ils ne sont pas patentés. De ce que nous venons de dire il appert que la circulaire ministérielle est restée lettre morte.

Quoi qu'il en soit, il y a là une situation déplorable à laquelle il est temps de mettre terme. Que Messieurs

les médecins de marine restent dans leurs attributions. Il n'entre pas dans notre pensée de leur interdire de soigner leurs amis ou d'apporter la gratuité de leur assistance aux malheureux qui en auraient un besoin urgent. Qu'ils fassent de la médecine sans honoraires, si tel est leur bon plaisir, ou avec honoraires mais en payant patente, là où n'existent point de médecins civils. Que partout ailleurs ils se confinent dans les devoirs de leur charge ou se bornent à répondre, comme médecins consultants (et alors rémunérés), à l'appel de leurs confrères civils (1). J. DAURIAC.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 *mai* 1893. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. BROWN-SÉQUARD indique un nouveau *traitement de l'acromégalie* par les liquides extraits d'organes ou de parties d'organes. Au lieu de se servir du suc testiculaire comme principal moyen de traitement, il ne l'emploie que comme adjuvant et donne les extraits, préparés comme il l'a déjà indiqué dans plusieurs notes, de rate, de corps thyroïde et de moelle osseuse. On doit employer par jour deux grammes de chacun de ces trois liquides.

M. STRAUS dépose une note de M. LEUDET qui a réussi *à identifier le bacillus lactis aerogenes d'Escheritch avec le bacille lactique* de M. Pasteur.

M. LAVERAN a étudié avec M. CATRIN le *microbe des oreillons*. Ces auteurs ont déjà décrit un diplocoque que l'on retrouve assez fréquemment dans les oreillons. Dans leurs nouvelles recherches, ils ont rencontré ce microbe 39 fois sur 50 examens de parotide, 13 fois sur 16 examens dans l'orchite, 10 fois sur 15 dans le sang. Le microbe disparaît peu à peu du sang pendant la convalescence, et, au bout d'un mois, on ne le retrouve plus. Ce microbe ne produit pas de suppuration chez les animaux. Son inoculation aux animaux de laboratoire, chien, lapin, cobaye, etc., est même inoffensive, sauf chez la souris où elle peut se montrer mortelle. Pourtant les injections intra-testiculaires ont donné lieu à une tuméfaction du testicule assez considérable, se terminant d'ailleurs au bout de quelques jours par la guérison. Les auteurs espèrent arriver à établir, par de nouvelles recherches, que ce microbe est bien l'agent infectieux spécifique des oreillons.

MM. CHARRIN et D'ARSONVAL ont recherché l'*action des hautes pressions sur le bacille pyocyanique*. Les cultures étaient soumises à une pression d'acide carbonique de 50 atmosphères. Au bout de quatre heures le bacille a perdu ses propriétés chromogènes et sa puissance de pullulation a diminué. Après vingt-quatre heures, le bacille a perdu toutes ses propriétés.

M. CHAUVEAU rappelle qu'il a obtenu l'atténuation de la bacteridie charbonneuse par l'emploi des hautes pressions, et qu'à douze atmosphères cette bactéridie est tuée.

A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 *mai* 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

Le traitement du tétanos.

M. BERGER reprend l'étude des diverses observations d'intervention chirurgicale dans le tétanos qui a été communiquées à l'Académie. Dans un premier cas M. Cerné a pratiqué l'amputation du doigt blessé au dix-neuvième jour d'un tétanos qui avait résisté au chloral et à l'opium. Dès le lendemain l'amélioration était évidente. Treize jours après la guérison était complète. Dans un deuxième cas, M. Darolles a enlevé la phalange du pouce blessé et désinfecté complètement le foyer traumatique au dixième jour d'un tétanos traité inutilement par le chloral; quatre jours après guérison complète. Dans un troisième cas, M. Follet a largement incisé un phlegmon diffus de la cuisse, suite de contusion, et pratiqué pendant plusieurs jours une désinfection minutieuse. Le tétanos, devenu très grave dès le deuxième jour, jour de l'opération, guérissait en six jours. MM. Rouy et Vailland, Galmard, Ferraton, Roméi ont cité des faits analogues.

L'intervention dans tous ces cas agit en supprimant le foyer, source des toxines. Elle est naturellement sans action sur les toxines déjà déversées dans le sang. Le traitement chirurgical n'empêche pas d'ailleurs d'avoir recours au chloral et même aux injections antitétaniques.

Ces injections sont-elles bien efficaces contre le tétanos déclaré? M. Rouy ne les regarde pas comme très puissantes. Sur sept cas traités, il y a eu cinq morts et deux guérisons, mais ces dernières dans des cas très bénins. Ces injections ont été employées à titre préventif par M. Raugé au Dahomey. Leur valeur préventive paraît réelle. Pourtant un des blessés soumis à ces injections a succombé au tétanos. Deux autres blessés soumis à ce traitement après le début du tétanos ont succombé tous deux.

Les indications et contre-indications de l'amputation sont complexes. Elles dépendent : 1° de la gravité du tétanos; 2° de l'insuccès des autres indications; 3° de l'importance du sacrifice nécessaire. Les dangers du chloroforme chez les tétaniques ont été très exagérées.

Greffes hétéroplastiques après trépanation du crâne.

M. MOSSE cite le cas d'une greffe osseuse prise sur le chat et fixée sur le crâne trépané d'un lapin qui restait persistante et vivante quatre ans après l'opération. Le transplant doit être pris sur un animal jeune, contenir si possible son point d'ossification; la greffe réussit mieux quand elle est prise sur un animal d'espèce voisine; la condition de transplant d'un animal inférieur à un animal supérieur est plus favorable que la condition inverse. Elle se trouve toujours réalisée en chirurgie humaine où ces greffes osseuses pourront trouver leur application.

Suite de la discussion sur la suture des nerfs.

M. LABORDE rapporte une observation de M. Dayot (de Rennes) relative à l'étude du retour de la sensibilité après la suture chez un blessé ayant eu le nerf sciatique sectionné. La sensibilité chez l'opéré fut étudiée minutieusement à l'esthésiomètre jusqu'à la réparation du nerf, les sensibilités collatérale et récurrente ont seules existé.

Une expérience personnelle de M. Laborde montre que la suture même immédiate ne rétablit pas le passage de l'influx nerveux. Mettez à nu les deux pneumogastriques d'un chien. Déterminez le courant electrique minimum qui passant par un des pneumogastriques arrête le cœur. Sectionnez l'un des pneumogastriques et suturez-le aussitôt que le courant minimum. Un courant beaucoup plus fort appliqué au-dessus de la section n'arrête pas le cœur. Au contraire sur le nerf opposé ou au-dessous de la section l'effet d'arrêt se produit avec un courant de même intensité que le courant employé avant la section.

Les faits que M. Le Dentu a signalés relativement à la cessation des troubles trophiques après la suture des nerfs divisés peuvent s'expliquer par la dynamogénie. Mais le fait singulier de la guérison des troubles trophiques sans réapparition de la sensibilité paraît moins explicable. Il faudrait, hypothèse difficile à accepter, admettre l'existence de filets trophiques indépendants.

M. LE FORT discutant ces diverses observations montre combien ce sujet est encore obscur. La théorie du simple contact a au moins pour elle de répondre à une bonne partie des faits et d'être d'une grande simplicité.

A.-F. PLICQUE.

(1) Le *Progrès médical* est à la disposition des médecins de la marine qui désireraient répondre aux arguments de notre correspondant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 19 mai 1893. — Présidence de M. Fernet.

M. Comby lit une observation d'*oreillons avec orchite, prostatite et hémoptysie.* Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes : 1° l'orchite a précédé de deux jours le gonflement parotidien; 2° elle s'est accompagnée de prostatite ; 3° enfin les oreillons ont déterminé chez cet homme une fluxion pulmonaire avec hémoptysie abondante, quoique rien ne pût faire songer chez lui à la tuberculose.

M. Catrin, dans une épidémie récente, a toujours vu l'orchite ourlienne débuter par l'épididyme. M. Sorel avait déjà insisté sur ce fait.

M. Juhel-Rénoy, pour le *traitement de l'érysipèle de la face*, croit que le mélange de traumaticine et d'ichtyol est le médicament qui donne les meilleurs résultats. Etendu au delà des limites du mal il empêche son extension. Il détermine une légère cuisson, mais n'amène jamais la production de phlyctènes.

M. Hayem a démontré, il y a quelques années, qu'on pouvait arrêter sur place le développement d'un érysipèle par des applications à la périphérie d'une solution d'acide et d'alcool à parties égales. Cette application n'est nullement douloureuse mais elle peut être suivie de cicatrices persistantes.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 mai 1893. — Présidence de M. Périer.

M. Routier rapporte l'histoire d'une de ses opérées. Il s'agit d'une dame qui après accouchement présenta les symptômes d'une *cystite* qui, d'abord subaiguë, tourna bientôt à l'état aigu. Cela se passait en 1889. Elle ne tarda pas à éprouver à cette époque de violentes douleurs de reins. En consultant les commémoratifs, on apprit qu'à l'âge de 14 ans elle avait souffert de coliques néphrétiques. A la suite d'une consultation, un chirurgien établit chez elle une fistule vésico-vaginale, qui n'amena pas de soulagements.

En août 1891 apparurent les premiers symptômes d'une hydronéphrose intermittente. Le rein droit était fort douloureux, l urine s'arrêtait, et, au bout d'un certain temps, survenait une débâcle urinaire. Ces crises duraient six ou sept heures. A la fin de 1891, les urines devinrent purulentes et on parla de faire une néphrotomie à droite. On s'arrêta en constatant que le rein gauche était aussi très volumineux, et que sa compression coïncidait avec un écoulement d'urines abondantes à travers la fistule vésico-vaginale.

En 1892, après une crise qui dura quinze jours, et au cours de laquelle la température oscilla entre 39° et 40°, on assista à une forte évacuation purulente.

Quelque temps après on se décidait à intervenir et on s'adressait au rein gauche, le rein droit ayant été reconnu peu volumineux. La néphrotomie permit d'ouvrir quatre gros abcès séparés du rein gauche. Ces abcès donnèrent issue à un litre de pus verdâtre. La plaie fut drainée et bourrée de gaze iodoformée.

Presque aussitôt les urines devinrent claires; on n'observa plus de crises d'intermittences ; l'état général reprit. La restauration de la fistule vésico-vaginale fut faite en janvier 1893. A l'heure actuelle, on observe de temps en temps des crises d'intermittence et de passagères douleurs de vessie. La fistule purulente persiste à gauche. Quant au rein droit, il est très gros, et sa compression amène l'afflux de l'urine dans la vessie.

Ajoutons que la question d'une lésion rénale tuberculeuse a été envisagée, que des recherches très complètes ont été faites à ce point de vue et qu'elles n'ont donné aucun résultat.

M. Picqué propose de traiter l'uretère après néphrectomie de la même façon que le pédicule des salpingites.

M. Monod s'élève contre cette manière de voir et préconise le drainage après la néphrectomie.

M. Terrier ne voit pas qu'il y ait possibilité de poser des règles générales de conduite après la néphrectomie. Si la lésion rénale est aseptique, on peut se passer de drainage. Etablir le drainage dans le cas contraire puisque cette pratique n'a jamais compromis la vie d'un malade. Il faut en somme, en face d'une pyonéphrose, s'informer de la qualité bactérienne de son contenu et régler d'après cela sa conduite.

M. Tuffier se range à la manière de voir de M. Terrier. On ne saurait comparer un pédicule uretéral à celui que fournit la salpingectomie. Au-dessous de la ligature posée sur l'uretère existe une cavité tubulaire plus ou moins longue, qui est infectée, ce qui rend possible les infections secondaires.

M. Reynier partage cet avis.

M. Berger, tout en approuvant les idées de M. Félizet sur la tarsectomie postérieure, se sépare de lui sur deux points : 1° on ne saurait faire une opération réglée de la tarsectomie pour lésions tuberculeuses du pied. On ignore à l'avance les limites de l'opération que l'on va faire. Il ne peut donc être question d'opérations atypiques ; 2° il préfère les incisions externes dont le seul inconvénient est d'entraîner le sacrifice des péroniers latéraux.

M. Félizet insiste sur la valeur de son procédé. Il permet un véritable décalottement du tarse et facilite l'inspection de toutes les parties malades. Son procédé lui appartient en propre, et ne doit pas être confondu, ainsi que l'avait fait un instant M. Robert, avec celui d'Ollier. Ollier fait bien une incision médiane, mais son incision, au lieu de partager en deux le tendon d'Achille, côtoie le bord externe de ce tendon.

M. Delorme propose une modification au procédé de M. Félizet. Il voudrait que l'incision plantaire, au lieu d'être médiane, portât sur la cloison intermusculaire externe. La région est ici dépourvue de vaisseaux et de nerfs importants.

M. le Dr Lecerf (de Valenciennes) présente un *calcul* pesant 20 gr. qu'il a extrait par la taille hypogastrique de la vessie d'un enfant.

M. Delorme lit une observation de *luxation* récidivante du genou en avant et en dehors, se reproduisant chaque fois que le pied et la jambe sont en abduction.

M. Félizet présente une nouvelle *scie* à dos mobile.

M. Tuffier présente des *calculs* de la vésicule, du canal cystique et des canaux hépatiques, trouvés à l'autopsie d'une femme morte après opération pour abcès du foie. L'acupuncture n'avait pas permis de déceler la présence de ces calculs qui étaient fort mous et composés de bilirubine.

J. Dauriac.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 24 mai 1893. — Présidence de M. Hallopeau.

M. Créquy. — A la dernière période des *affections du cœur*, quand ni la digitale ni aucun autre médicament ne donnent de résultats, on peut combattre avantageusement l'œdème, en enfonçant directement dans les tissus le couteau du thermocautère Paquelin chauffé à blanc. A cette température, et non au rouge cerise où l'on arrête au contraire les hémorrhagies, on peut produire par coupure d'artérioles une saignée utile, après quoi la médication peut agir. On prévient la douleur, par injection préalable dans le membre œdématié d'une solution de cocaïne à 1/25.

M. Constantin Paul. — Cette *ponction au thermocautère* peut se faire avec la pointe ou le couteau. Le lieu d'élection est au bas du mollet. De plus, il faut faire ces ponctions le plus tôt possible (Massalongo) et non *in extremis*; c'est un moyen de permettre au malade de se reposer des médicaments et de les éliminer.

M. Créquy. — La précocité des *mouchetures* provoque quelquefois de l'érysipèle.

M. Bovet (de Pougues). — Dans le *traitement de la pneumonie*, l'alcool est précieux, comme le fait ressortir M. Huchard. Il agit comme réducteur et dilue le plasma sanguin ; comme médication complémentaire, la digitaline intervient à propos pour empêcher l'accumulation de l'alcool. Le pouvoir prépondérant de celui-ci mérite qu'on soit bien fixé sur sa nature quand on prescrit la médication de Tood. En effet, les rhums et eaux-de-vie prescrits en potions sont de nature variable. Les eaux-de-vie actuelles contiennent des alcools d'origine

quelconque, des alcools supérieurs très toxiques, et par conséquent nuisibles. Il serait bon d'adopter comme type, à substituer aux rhums et eaux-de-vie qui entrent dans les formules usuelles, l'alcool de riz qui marque 92° et 95°.

M. YVON. — L'*alcool de riz* est très cher. L'*alcool de maïs* n'a pas cet inconvénient; il est très employé depuis quelques années et pur de toute substance étrangère. C'est lui qui représente l'alcool officinal, vu que l'alcool de vin n'existe plus.

M. CRÉQUY. — Comme conclusion à cette question de l'alcool dans les potions, soulevée par M. Bovet, on devrait dorénavant formuler ainsi :

Alcool officinal ou alcool bon goût à 90° (tant).

Paul CORNET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 18 mai. — PRÉSIDENCE DE M. WEBER.

Etude comparative des épidémies de grippe et de choléra dans leurs rapports avec l'ensemble des conditions météorologiques concomitantes.

M. DIGNAT, s'appuyant sur l'examen de nombreux graphiques qu'il présente, étudie les diverses circonstances météorologiques qui ont précédé, accompagné et suivi la dernière épidémie de choléra à Paris, 1893, l'épidémie de grippe de 1889-1890 et l'épidémie de choléra de 1884.

Or il résulte de ces recherches que les mêmes circonstances météorologiques se retrouvent au moment de l'apparition de l'une et de l'autre de ces affections.

Ces conditions sont : 1° la direction dominante des vents d'Est dans les jours qui précèdent l'épidémie; 2° l'abaissement au même moment de l'influence électrique atmosphérique au-dessous de la normale; 3° des écarts brusques de la température et de la pression barométrique; 4° enfin et surtout, phénomène constamment observé, abaissement de l'influence électrique coïncidant avec une élévation de la pression atmosphérique.

MM. DUBOUSQUET, LABORDERIE et GAUTRELET présentent un appareil de filtration de l'eau qui a l'avantage de pouvoir être facilement construit et d'être très économique, conditions particulièrement avantageuses pour les écoles et les ateliers. L'eau passe sur des couches épaisses de sable et de scories phosphatiques au sein desquelles se développe une trame *algueuse* et organique, qui forme le véritable filtre. Les résultats prouvent que l'eau qui sort de ces filtres ne contient pas plus de 58 bactéries par centimètre cube, ce qui est un chiffre très satisfaisant.

Séance du 25 mai 1893. — PRÉSIDENCE DE M. DE BEAUVAIS.

Etude comparative des épidémies de grippe et de choléra dans leurs rapports avec les conditions météorologiques concomitantes.

M. P. DIGNAT continue (1) l'exposé des recherches qu'il a entreprises sur ce sujet par l'étude analytique des conditions météorologiques, direction dominante des vents, variations de hauteurs des tranches pluviales, modifications de la température, variations des pressions barométriques, ayant précédé, accompagné et suivi les épidémies de choléra et de grippe survenues à Paris antérieurement à l'année 1880. Or, ici encore, M. Dignat retrouve dans les divers états météorologiques observés au moment de chacune de ces épidémies presque les mêmes analogies que celles qu'il a signalées précédemment dans les circonstances météorologiques concomitantes des épidémies de grippe de 1889-90, de 1891-92 et de 1893 et des épidémies de choléra de 1884 et de 1892. Il considère que l'ensemble de ces circonstances est susceptible de créer un milieu favorable à la reviviscence et à la prolifération des germes pathogènes, ou encore à leurs transformations selon, en effet, qu'on adopte la théorie de la spécificité, ou qu'on se rallie, au contraire, à la doctrine des transformations.

Voici les conclusions de M. Dignat :

1° Le développement des épidémies de grippe et de choléra paraît être favorisé par certaines circonstances météorologiques qu'on retrouve invariablement au moment de leur apparition.

2° Ces circonstances sont à peu près les mêmes, qu'il s'agisse du choléra ou qu'il s'agisse de la grippe.

3° Elles sont constituées :

a. Par la direction dominante des vents E.-N., E. et N. durant les jours qui précèdent l'épidémie;

b. Par l'abaissement, vers la même période et pendant toute la durée de l'épidémie, de l'influence électrique au-dessous de la normale;

c. Par des écarts assez brusques, en plus ou en moins, de la température observée sur la moyenne normale de l'époque correspondante ;

d. Par des écarts analogues de la pression barométrique, ces écarts consistant surtout en une augmentation de pression ;

e. Enfin et surtout par la coïncidence avec une élévation de cette pression, de l'abaissement de l'influence électrique.

Ce qui se dégage surtout de ces rechutes c'est que la théorie de Pettenhofer, vraie pour la fièvre typhoïde, ne semble pas pouvoir s'appliquer à l'étiologie de la grippe et du choléra.

Cas d'hydrophobie passagère dans la coqueluche.

M. DE BEAUVAIS rapporte l'observation d'un cas de coqueluche grave chez deux fillettes. Les accès amenaient des vomissements réellement incoercibles, les quintes de la nuit étaient telles que la suffocation paraissait imminente. La valérianate de caféine et le chloral semblaient amener une rémission des phénomènes. Une des enfants présenta, à la suite d'une administration forcée et brutale du médicament, une véritable hydrophobie, impossibilité absolue de faire ingérer liquide ou solide par l'enfant pendant 24 heures.

C'est là un cas d'œsophagisme assez rare et qui présentait réellement le caractère de l'hydrophobie rabique, au point que la famille crut d'abord à une invasion de cette terrible maladie.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 18 mai 1893. — PRÉSIDENCE DE M. SALMON.

M. A. de MORTILLET, chargé par le ministre de l'Instruction publique d'une mission archéologique en Corse, y a étudié un grand nombre de *monuments mégalithiques* qu'il décrit et figure avec soin. Le nombre de ces monuments a dû être beaucoup plus considérable anciennement, utilisés qu'ils ont été depuis pour la construction des habitations des indigènes. Une partie des régions cultivées, des maquis, ajouteront certainement des monuments de ce genre à ceux que M. de Mortillet a déjà consignés dans son travail.

M. G. de MORTILLET décrit un *terra-mare* nouveau que M. Piggorini vient de découvrir dans la vallée du Pô. Ces constructions remontent à l'époque initiale du bronze.

M. MANOUVRIER présente, de la part du Dr Aubry, un *écorçoir en os*, moderne, taillé en biseau coupant à l'aide d'une lime ou d'une meule. Ces instruments, à l'usage des bûcherons, sont remplacés de plus en plus par les écorçoirs en fer ou en acier qui n'entament point ni l'écorce, ni l'arbre. Il serait difficile d'invoquer ici une survivance d'objet préhistorique.

M. RONDEAU fait une communication sur plusieurs séries de *flèches empoisonnées* dont les râclures toxiques ont donné lieu à des expériences de physiologie. Une première série a été rapportée du bassin du Niger par M. Poitevin de la Trégonnière où ces flèches existent à l'état sporadique. Plusieurs tirailleurs de la colonne du colonel Archinard ayant été atteints par des flèches de ce genre présentèrent des symptômes d'empoisonnement : vomissements, fièvre, ataxie locomotrice plus ou moins accusée. Un homme, chargé à Paris de débarrasser les pointes de leur enduit vénéneux, fut pris, après le râclage sec, d'inflammations des muqueuses, de nausées et de paresse motrice; accidents produits sans doute par la poussière absorbée. Le poison, dont la nature animale ou végétale n'est pas déterminée, porte le nom de *Kouna*. Dans des expériences sur le cobaye et la grenouille, une solution aqueuse introduite en quantité variant d'une à plusieurs gouttes, par une injection

(1) Voir Soc. de méd. et de chir. prat., séance du 18 mai 1893.

hypodermique, a déterminé la mort des animaux en des temps variant de 8 à 11 minutes. L'arrêt des mouvements du cœur et des mouvements respiratoires démontre qu'il s'agit d'un poison bulbaire. On a pu constater que le passage de la mère au fœtus ne s'opère point ou faiblement. L'action du poison est également faible par voie stomacale.

Une flèche empoisonnée des nains de l'Arouwimi, communiquée par M. Arnaud, du Muséum, a déterminé également des troubles respiratoires et de la circulation. Le produit des flèches rapportées des Nouvelles-Hébrides par M. François agit un peu différemment.

M. Laborde fait observer que les expériences démontrent que les points divers d'une même zone régionale fournissent aux flèches empoisonnées des produits toxiques analogues et que la même région emploie le même poison.

M. Letourneau présente, de la part de M. Paul Noël, des échantillons d'*abeilles* dont l'*appareil lingual* atteint des *longueurs différentes*, leur permettant par conséquent de puiser le nectar dans des corolles à tube plus ou moins profond. L'auteur décrit également un instrument métrique de la longueur de la langue des abeilles et en indique la valeur pratique. Il suffit de dire que c'est dans la ruche à variété de langue longue que devront être choisies, dans un but de sélection utile, les reines reproductrices.

MM. d'Ault, du Mesnil et Capitan font une communication sur la *géologie et la palethnologie du loess des environs de Rouen*. Ils ont étudié les dépôts quaternaires des plateaux, gisements élevés où le limon atteint jusqu'à 15 m. d'épaisseur. Les instruments préhistoriques, consistant en belles haches et silex taillés, se rencontrent constamment à la base du loess, au-dessus d'une couche de cailloux roulés et jamais, jusqu'à présent, dans l'épaisseur du limon. Ces instruments sont du type acheulléen et du type moustérien; ils présentent des arêtes vives et peuvent être attribués, au point de vue chronologique, à l'époque chelléo-moustérienne.

M. le Dr Vibert communique un travail sur l'*influence de l'atavisme et de l'hérédité dans les sociétés humaines.*

M. Zaborovski présente et commente le résultat de *nouvelles analyses d'ossements préhistoriques.* Au point de vue de la teneur en fluor, il y a une différence entre les ossements quaternaires et les modernes. Il y en a peut-être une également entre les ossements néolithiques et les modernes. En dosant le fluor quantitativement, M. Ad. Carnot a trouvé un critérium d'âge s'appliquant aux ossements d'époques différentes. On peut se demander si ce critérium n'est pas valable pour tous les ossements.

M. Em. Rivière écrit, à ce sujet, pour rappeler les idées qu'il a émises antérieurement et termine en disant que la médecine légale pourrait peut-être tirer profit des analyses de ce genre.

M. Mahoudeau s'élève contre la généralisation du principe en faisant valoir que le fluor est apporté aux ossements par les eaux qui les imprègnent et que l'expertise légale ne saurait y trouver une base de jugement. Au reste, les ossements gallo-romains ont à peu près la même teneur en fluor que les ossements modernes.

M. Zaborovski fait un rapport sur la visite que les membres de la Société ont affectuée aux *Dahoméens du Champ de Mars* en y rattachant des aperçus sur l'ethnologie de ces tribus.

G. Capus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 24 mai 1893. — Présidence de M. Levasseur.

M. Saint-Yves-Ménard. — Suivant les désirs de la Société, je me suis servi du vaccin de buffle, envoyé de Saïgon par M. le Dr Calmette, pour inoculer une génisse : le vaccin de buffle s'est comporté sur génisse, à Paris, comme celui de génisse. La virulence n'a pas été plus grande que celle de génisse.

M. Schneider dépose le nouveau règlement sur le Service de santé en campagne, auquel sont annexées des notices sur le matériel de santé en cas de guerre, sur les emplacements de l'ambulance, sur les moyens de couchage improvisés, sur les inhumations sur le champ de bataille, etc.

M. Salomon. — « Etat actuel de la *crémation en France.* » Cette Société a été fondée en 1880, et, depuis sa fondation, le nombre des incinérations n'a pas cessé d'augmenter. En 1892, il y a eu 159 incinérations demandées par les familles, 2,389 incinérations des débris d'hôpitaux, 1,416 incinérations d'embryons. L'auteur passe en revue les dangers des cimetières, et les avantages donnés par la crémation; il montre que les pays étrangers se sont généralement prononcés en faveur de la crémation.

M. Bertillon. — *De la mortalité par âges avant la naissance.* — En 5 cinq ans, à Paris, il y a eu 1,136 mort-nés avant le quatrième mois, 1,900 dans le cinquième mois, 3,369 dans le sixième mois, 4,399 dans le septième mois, 3,400 dans le huitième mois, 7,843 dans le neuvième mois. En faisant des comparaisons avec le total général des naissances on voit que, sur 1,000 fœtus, il y a 3,5 qui meurent au quatrième mois, 5,9 au cinquième mois, 10,5 au sixième mois, 13,9 au septième mois, 10,9 au huitième mois, 25,4 au neuvième mois. Pour la ville de Saint-Etienne on arrive à peu près aux mêmes chiffres. En somme, dans les sixième, septième, huitième mois la natimortalité est assez constante. La morti-natalité des garçons l'emporte toujours sur celle des filles : à Paris, pour les garçons, elle est de 75 0/0 et de 61 0/0 pour les filles. Le crime ne paraît pas avoir d'influence sur la fréquence des mort-nés illégitimes ; il faut plutôt accuser la misère des mères.

M. Napias. — *Nouvelle note sur les conditions d'hygiène des asiles publics d'aliénés.* — Il demande que tous les asiles aient une étuve à désinfection et que le régime alimentaire soit augmenté ; c'est ainsi que dans un grand nombre d'asiles la quantité de viande consommée est trop faible. Il serait nécessaire de donner aux asiles des prix de journées supérieurs.

Martha.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE & DE GYNÉCOLOGIE

VII. — Ophtalmie des nouveau-nés. Etiologie. Prophylaxie; par R.-V. Seguin. — Thèse de Paris, 1892.

VIII. — Placenta prævia et tamponnements; par Amédée Vivien. Thèse de Paris, 1892.

IX. — Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré; par Mlle de Forin. Thèse de Paris, 1892.

X. — L'oxygène chez les nouveau-nés; par Mlle Camille Landais. Thèse de Paris, 1892.

VII. — La thèse de M. Seguin a pour but de rechercher le traitement prophylactique le meilleur de l'ophtalmie des nouveau-nés. Après avoir passé en revue successivement les moyens employés jusqu'ici, il arrive aux conclusions suivantes : Le *nitrate d'argent* à 2 0/0 (méthode de Credé) est plutôt apte à provoquer qu'à empêcher l'ophtalmie, dans la pratique civile. Il détermine une vive inflammation et son action n'est que passagère (Wecker, Galezowski). Le *sublimé* n'irrite pas la muqueuse et ne détermine pas plus de douleur. Le *jus de citron* irrite la muqueuse et son action est passagère. Pour M. Seguin, le meilleur traitement prophylactique consiste à insuffler dans les yeux des nouveau-nés de la *poudre d'iodoforme* (Valude). L'iodoforme ne déterminerait aucune irritation, son action serait durable : sur 1,592 enfants soumis à ce traitement, du 1er avril 1891 au 15 mai 1892, 33 seulement ont eu de l'ophtalmie. Evidemment cette statistique est très bonne, cependant elle représente encore un peu plus de 2 0/0 d'enfants atteints. Je ne m'arrêterai pas à faire remarquer combien ce traitement, qui n'est pas parfait, sera difficilement accepté dans la pratique civile. Ceux qui ont vu, dans un service d'accouchement ces enfants aux yeux jaunes et enflés, se feront une idée de la difficulté qu'il y aura à le faire accepter par les mères. Je me bornerai à indiquer ici le traitement employé par le Dr Budin dans son service de la Charité et dans sa clientèle privée. Ce moyen, qui a fait l'objet d'une communication récente à la Société d'Obstétrique de Bordeaux (Bullet. et Mém. de la Soc. d'Obstét., de Gynéc. et de Pédiatrie de Bordeaux, 11 octobre 1892) consiste à instiller dans les yeux du nouveau-né, immédiatement après sa naissance, deux gouttes d'une solution de *nitrate d'argent* à

1/150. Ce procédé, qui ne détermine qu'une irritation très légère et qui disparaît en moins de deux jours, a permis à M. Budin de faire disparaître à peu près complètement de son service l'ophtalmie. Du 7 octobre 1891 au 15 juillet 1892, sur 730 nouveau-nés, un seul a été atteint d'ophtalmie ; c'était un prématuré du poids de 1,975 grammes et présentant un état général très médiocre. Trois autres ont eu, tardivement, un peu de conjonctivite très légère qui a rapidement disparu sous l'influence de simples lavages.

VIII. — M. A. Vivien, dans sa thèse, expose d'abord tout ce qui a été dit sur le placenta prævia, les différentes théories qui ont été données pour expliquer les hémorrhagies qui l'accompagnent et les traitements qui ont été proposés pour les combattre. Mais la partie intéressante de son travail concerne le traitement de l'hémorrhagie *post partum*. Partant de ces idées que : il n'y a pas de fibres musculaires hélicines dans le segment inférieur, par conséquent pas de ligatures vivantes qui ferment les vaisseaux après la délivrance, que le segment inférieur est à la fois peu contractile et peu rétractile et constitue par là même un terrain préparé pour être frappé d'inertie, que l'inertie utérine est surtout fréquente à la suite d'insertion vicieuse, que le segment inférieur, dans le cas d'insertion vicieuse, est plus vasculaire, l'auteur conclut que le seul traitement rationnel, celui sur lequel on peut réellement compter, est le tamponnement utérin, préconisé par Dührssen et Auvard, et la compression de l'aorte.

IX. — Le symptôme dominant du décollement du placenta est l'hémorrhagie. Laissant de côté les ruptures incomplètes de l'utérus dues à un traumatisme ou survenant pendant le travail, l'ouverture en un point du grand sinus circulaire et l'insertion vicieuse du placenta, Mlle de Forin ne considère que l'hémorrhagie due au décollement du placenta inséré normalement. Elle étudie les conditions anatomo-pathologiques qui prédisposent à cet accident, puis les causes qu'elle divise en prédisposantes et occasionnelles. Parmi les premières, elle cite d'abord l'albuminurie et la multiparité, puis la mort du fœtus, la distension de l'utérus (hydramnios, grossesse gémellaire) et la brièveté du cordon. Un effort, un faux pas, une promenade, une émotion un peu vive, seront les causes occasionnelles, mais ces dernières ne sont pas nécessaires pour que le décollement se produise. Cet accident se traduit par des symptômes auxquels un accoucheur attentif ne peut se méprendre : La douleur qui va en augmentant, la distension plus ou moins rapide de l'utérus, le collapsus, les syncopes, l'écoulement de sang qui, si la femme est en travail, se fait dans l'intervalle des contractions, sont des symptômes qui imposent le diagnostic. Mais un point très discuté, c'est la conduite à tenir. L'auteur expose le traitement préconisé par chaque auteur et conclut que le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie, c'est de vider l'utérus, ce qui est facile, si la dilatation est complète. Mais si la dilatation n'existe pas, *il ne faut jamais rompre les membranes* : les statistiques donnent 61,7 0/0 de morts dans ces conditions. En effet, la pression intra-utérine due au liquide amniotique n'existant plus, le sang s'épanche facilement entre les parois de l'œuf et celles de l'utérus ; les contractions utérines sont insuffisantes à assurer l'hemostase, car le fœtus empêche une rétraction suffisante. De plus, après la rupture des membranes, il se produit souvent de l'inertie difficile à combattre tant qu'il y a quelque chose dans la matrice. Si l'hémorrhagie est mixte, le col incomplètement dilaté, l'œuf intact et l'état général pas trop précaire, il faut faire le tamponnement vaginal (mortalité = 1/9). S'il faut aller vite, activer la dilatation au moyen des ballons de Barnes, Tarnier, Champetier. Et si le danger est imminent, ne pas hésiter à recourir à la méthode de Dürhsseu-Tarnier, incisions multiples sur le col, puis version et forceps si l'enfant est vivant, sinon basiotripsie.

X. — En 1889, M. le Dr Bonnaire fit à la Société obstétricale une communication sur l'emploi de l'oxygène chez les nouveau-nés. C'est sous son inspiration que Mlle C. Landais a fait une thèse très intéressante sur le même sujet. Elle commence par réfuter l'objection des physiologistes d'après laquelle, quelle que soit la pression de l'oxygène insufflé dans l'atmosphère pulmonaire, l'hémoglobine ne se combine qu'avec une quantité déterminée de ce gaz. Objection très juste, mais qui porte à faux, en la circonstance, car il faut tenir compte de l'état des poumons chez l'enfant qui vient au monde faible et chétif, dont l'appareil respiratoire fonctionne mal, où l'hématose est insuffisante parce que l'air n'arrive pas suffisamment au contact des alvéoles. C'est à cet inconvénient que remédient les inhalations d'oxygène sous une pression convenable. Mlle Landais parle ensuite de l'utilité de l'oxygène dans les couveuses maintenues à une température de 30°, ce qui facilite l'hématose et, par une série d'expériences, elle essaie de démontrer les bénéfices que peut retirer le nouveau-né du mélange de ce gaz à l'air confiné de l'appareil. L'oxygène agirait comme aseptisant. D'après les expériences de l'auteur, l'air de la couveuse serait plus pur que l'air ambiant (peut-être cela dépend-il du système de couveuse) et il serait encore purifié par la suroxygénation. Dans les troisième et quatrième chapitres, nous voyons comment il faut se servir de l'oxygène, soit à l'état gazeux, soit en dissolution, et nous apprenons les indications du traitement oxygéné chez les nouveau-nés, les différents cas pathologiques où il convient de l'employer, ses avantages et aussi ses dangers. L'auteur nous entretient, dans les dernières pages, des bienfaits de l'oxygène chez les prématurés et les athrepsiques; elle nous donne les résultats généraux qu'elle a obtenus par cette méthode et nous fait entrevoir les espérances qu'elle fonde sur ce mode de traitement.

Mlle Landais a une confiance bien grande en l'oxygène. Cependant, les résultats obtenus, si l'on s'en rapporte à ses courbes, ne paraissent pas très, très concluants. Cela pourrait s'expliquer : Mlle Landais, pénétrée de son sujet, n'a considéré que l'appareil pulmonaire des nouveau-nés, elle n'a pas prêté assez d'attention aux autres organes. Toutes les fonctions sont solidaires les unes des autres et le système respiratoire est peut-être celui dont l'accommodation à une vie nouvelle est le plus facile. Quand, par exemple, l'enfant vient avant terme, aucun de ses organes n'est encore bien apte à remplir les fonctions que lui imposent les conditions nouvelles où il se trouve transporté. Mais l'appareil digestif paraît bien être le plus délicat, celui dont l'accommodation à la vie extra-utérine est la plus difficile. On s'en rend compte facilement, si l'on donne à ces petits êtres une alimentation que leur estomac, encore non préparé, puisse digérer. On les voit alors augmenter de poids rapidement, dans des proportions parfois incroyables. Quand l'enfant vient à terme, mais étonné, comme comme l'on dit, il faut tenir compte alors d'un autre élément qui intervient. Souvent, dans ces cas, le larynx et la trachée sont obstrués par des mucosités épaisses, par des bouchons glaireux, parfois très adhérents, qui constituent un obstacle très gros au passage de l'air. Si, dans ces conditions, on ne commence pas par aspirer fortement pour débarrasser les voies aériennes, pas plus que l'air l'oxygène ne pourra arriver au contact des alvéoles pulmonaires. L'oxygène peut être un puissant auxiliaire, mais il n'est pas tout pour le nouveau-né. Je m'empresse d'ajouter que ce sont là de simples considérations personnelles qui n'enlèvent rien de sa valeur à la thèse de Mlle Landais. Son travail est très étudié, très soigné, et on y trouve, consciencieusement donnés, les résultats de recherches aussi laborieuses qu'intéressantes. Léon MERLE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — *Clinique chirurgicale* : M. RICHELOT : leçons cliniques le mercredi, à 9 heures et demie. Les travaux du service sont organisés comme il suit : *Lundi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Mardi* : Examen des malades par les élèves — Consultation du spéculum (Salle Denonvilliers). — *Mercredi* : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opération. — *Jeudi* : Opération abdominale (Châlet). — *Vendredi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Samedi* : Opérations abdominales (Châlet). — *Service de M. le Dr* BAR, visite chaque matin à 9 h.; — lundi et vendredi, à 10 h., leçons théoriques sur la grossesse et l'accouchement, par le Dr Tissier ; — conférences au laboratoire par le Dr Rénon.

HOSPICE DE BICÊTRE.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux* : M. DEJERINE, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h.

REVUE DE THÉRAPEUTQUE

I. — **Formulaire des nouveaux remèdes**; par le Dr G. Bardet. 6e édition, 1892. — Paris. Doin, éditeur.

II. — **Cascara sagrada et cascarine**; par le Dr Laffont. — Paris, 1892. Melzer, imprimeur.

III. — **Sulla cura della pustola maligna**; par le Dr G. Cucco. Palerme, 1892. Tumminelli Failla éditeur.

IV. — **Les mementos thérapeutiques des praticiens** publiés par la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. 2e édit., 2e volume. Paris, 1892.

V. — **Ueber den drutzen des Aristol zur Behandlung venerischer Geschvüre**; par le Dr E. Guntz. Dresde, 1892.

VI. — **Betrachtungen über Europhen**; par le Dr Gilbert. Baden-Baden.

VII. — **Quelques mots sur l'évolution de la thérapeutique pendant les 30 dernières années**; par le Dr Ladame. Genève. 1892.

VIII. — **Les derniers traitements de la Diphtérie**; par le Dr Mengeaud. — Paris, 1892. — Octave Doin, éditeur.

IX. — **Traitement de l'incontinence d'urine par le Rhus aromatica.** (*Rhus aromatica in the treatment of incontinence of urine*); par William Krauss. (*Buffalo Medical and Surgical Journal*, oct. 1891).

X. — **Considérations générales sur le traitement des maladies du foie**; par Dujardin-Beaumetz. — O. Doin, Paris, 1893.

XI. — **Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes**; par J. Grasset. — Montpellier, Coulet, editeur. — Paris, Masson, 1893.

XII.— **Traitement de la fièvre typhoïde**; par Juhel-Rénoy. — Bibliothèque medicale Charcot-Debove.

XIII. — **Les purgatifs**; par G. Patein. — Bibliothèque médicale Charcot-Debove.

XIV et XV. — **Formulaire de l'antisepsie et de la désinfection.** — **Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles**, 4e edition; par H. Bocquillon-Limousin. — J.-B. Baillière, 1893.

XVI. — **La therapeutique antiseptique**; par Trouessart. — Bibliothèque Charcot-Debove.

XVII. — **Les mementos thérapeutiques des praticiens** publiés sous la direction de M. Huchard, par Ch. Eloy. Tome III.

XVIII. — **L'opium, ses abus, mangeurs et fumeurs d'opium, morphinomanes**; par Ernest Martin. — *Société d'Editions scientifiques*, 1893.

XIX.— **Essais d'anesthésie locale en chirurgie dentaire au moyen de la tropacocaïne**; par C. Pinet et G. Viau.— *Société d'Editions scientifiques*, 1893.

XX.—**Le Iniezioni di liquido testicolare di Brown Séquard e la transfusione nervosa di Constantin Paul** (Un nuovo capitolo di terapeutica suggestiva). Ricerche de Dott. Roberto Massalongo. — Napoli, 1893.

I. — Faire l'éloge du formulaire des nombreux remèdes de Bardet ne serait que redire notre opinion émise sur la précédente édition. Cette année, ce livre contiendra grand nombre d'articles intéressants sur la créosote, le gaïacol, le condurango, la phénylurétthane, le benzo-naphtol, etc. Tous ces articles sont fort bien traités et font de ce formulaire un livre fort utile pour se tenir au courant des progrès de la thérapeutique.

II. — La cascarine est le gluconde du rahmnus purshiana ou cascara sagrada, employé comme laxatif. Le cascara sagrada serait, d'après M. Laffont, plus actif que le nerprom ou rhamnus catharhea. En dehors de la cascarine, cette plante contient une résine jaune, une résine brune, une résine rouge et une huile fixe. L'auteur a fait une série d'expériences avec les diflérentes résines et préfère l'aotion de la résine brune comme laxatif doux.

III. — L'auteur recommande comme traitement de la pustule maligne, localement : des lavages avec une solution phéniquée et des onctions avec de l'onguent napolitain. Il préconise en outre, pour abaisser la température, l'emploi des bains froids et des antithermiques; cet abaissement de température entravant le développement des bacilles charbonneux.

IV. — Ce livre est aussi intéressant que celui de l'année précédente et rédigé avec le même soin. Nous y trouvons un grand nombre d'articles pratiques, parmi lesquels nous noterons : le traitement des bronchites vulgaires, par M. Gingeot; le régime lacté dans les cardiopathies artérielles, par M. Huchard; le traitement du diabète par les nervins, par M. Eloy; le traitement des dyspepsies, par M. Huchard, le traitement des eczémateux, par M. Brocq: antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde de l'enfant, par M. Huchard; comment traiter le phagédénisne dans les maladies vénériennes, par M. Mauriac. Les articles de chirurgie dûs à M. Schwartz comprennent : l'administration du chloroforme, la conduite à tenir en face d'un étranglement herniaire, le traitement des hydarthroses du genou. Demelin a traité en obstétrique : de l'éclampsie puerpérale et de la rétention de l'arrière-faix dans l'avortement. Tous ces articles sont suivis d'un formulaire raisonné qui les complète.

V. — L'auteur recommande l'emploi de l'aristol dans les déterminations secondaires de la syphilis, les gommes ulcérées, les syphilides tuberculeuses, les plaques ulcérées.

VI. — L'europhène est recommandé par le docteur Gilbert dans le pansement des plaies, du chancre mou, des scrofulides, etc.

VII. — Ce discours a été prononcé à l'ouverture du quatrième Congrès des médecins suisses. Le docteur Ladame retrace les différents aspects qu'a revêtus la thérapeutique depuis trente ans : méthode empirique avec remèdes bizarres; méthode spécifique, d'abord abandonnée, puis reprise de nos jours; méthode hypodermique, etc.

VIII. — L'auteur, ayant suivi pendant plusieurs années, au moment de ses vacances, les services des Hôpitaux d'enfants de Paris, a étudié spécialement le traitement de la diphtérie, ou mieux les divers traitements employés par nos maîtres ou nos collègues. Car le traitement souverain et efficace dans tous les cas, ou même dans la plupart des cas, est encore à trouver. M. Mengeaud espère que l'inoculation de l'érysipèle aux enfants atteints de diphtérie leur donnera la guérison N'est-ce pas une illusion ?

En attendant, il passe en revue le traitement par l'acide salicylique (Jules Simon), par le phénol camphré (Soulez, de Romorantin, Gaucher, de Paris), par la créosote (Legroux), par le naphtol, le sublimé, le perchlorure de fer, le phénol sulforiciné. Ce dernier remède paraît beaucoup moins douloureux que le phénol camphré et il a donné déjà des résultats encourageants. Suivant l'âge des sujets et l'épaisseur des membranes, le phénol est prescrit à la dose de 10, 20, 30 pour 100.

Par exemple	Acide phénique. . . .	10, 20 ou 30 gr.
	Sulforicinate de soude .	90, 80 ou 70 gr.

On essuie doucement la muqueuse avec un tampon d'ouate hydrophile et on touche la membrane avec un autre tampon trempé dans la solution, sans violence, mais en prolongeant le contact. On ajoute des pulvérisations boriquées ou autres, mais on fait des lavages peu fréquents.

M. Mengeaud se sert, chez l'adulte, de la formule suivante :

Sulforicinate de soude	80 gr.
Acide phenique.	10 gr.
Créosote	5 gr.

Il passe sur les adjuvants (cubèbe), sur l'hygiène alimentaire, etc.

IX. — Parmi les différents cas traités suivant cette méthode, il faut réserver une mention à l'incontinence nocturne des enfants, qui s'est trouvée très améliorée d'abord et a fini par disparaître, chez trois sujets, dont l'auteur rapporte les observations. La préparation dont il se sert est l'*extrait fluide de rhus aromatica*, qu'il prescrit à la dose de 5 à 10 gouttes, puis 15 à 20 gouttes, quatre fois par jour, dans la glycérine, après les repas. Quand il y a anémie, il associe le médicament au sirop d'iodure de fer.

X. — L'auteur, examinant tour à tour les fonctions physiologiques du foie, en tire des considérations pathologiques et thérapeutiques. Pour le *foie antiseptique*, il étudie d'abord les

procédés d'investigation (spectroscopie, glycogénie artificielle, etc.) et tire de son étude les indications suivantes : 1° L'*antisepsie intestinale*, pour laquelle il préfère le salol au naphtol et à l'iodoforme. Il recommande dans ce but :

30 cachets faits avec :

Salol	ââ 10 gr.
Salicylate de bismuth . . .	
Bicarbonate de soude . . .	

ou : un lavement avec :

Naphtol α	5 gr.
Eau	1.000 gr.

destiné à laver l'intestin au moyen d'un appareil spécial, l'entéroclysme. Il joint à ces agents l'emploi des purgatifs et des laxatifs. 2° Après l'antisepsie intestinale, le *régime alimentaire* est l'indication la plus importante, car il doit par sa composition diminuer la quantité des produits toxiques. Il se composera de lait (1 litre), d'œufs, de féculents en purée, de légumes verts très cuits et de fruits en compote, sauf les fraises et les raisins. Les viandes très gélatineuses doivent seules être permises, les poissons, le gibier, les crustacées, les fromages et les bouillons doivent être proscrits.

Avec le *foie biliaire*, l'auteur aborde le traitement de la lithiase. Il préconise le régime végétarien, les boissons alcalines, les repas longs et assez rapprochés, recommande le cholagogue suivant :

Evonymim	ââ 0,10 centigr.
Savon médicinal . . .	

pour 1 pilule, n° 2.

L'antisepsie intestinale, les irrigations rectales (Krüll), le massage, l'hydrothérapie, la morphine, l'huile d'olive (200 gr.) avec le fiel du bœuf (20 gr.), les pilules d'extrait de fiel de bœuf (3 pilules de 0 gr. 25) peuvent encore donner de bons résultats.

L'étude sommaire du *foie glycogène* est suivie du traitement du diabète. L'alimentation du diabétique est exposée : pain sans mie, viandes, amandes, noisettes, noix, eau rougie, thé, maté, café, si le malade a besoin d'excitants ; saccharine pour remplacer le sucre. L'hygiène de la bouche, des parties génitales, de la peau, doit être minutieuse. L'exercice au grand air sans fatigue est très utile. Comme traitement nerveux, M. Dujardin-Beaumetz recommande l'antipyrine, la poudre de graine de *jausbul*, 1 gr. à chaque repas (Vily). Dans les diabètes arthritiques, il conseille l'arsenic et les alcalins ou les eaux minérales de la Bourboule, Vichy, Saint-Nectaire, Miers en France et Carlsbad à l'étranger. Examinant le cas où il y a insuffisance rénale dans le diabète, il conseille les légumes, les œufs, les viandes gélatineuses très cuites, les fromages frais, l'oxygène, la caféine, le lactate de strontium. Le lait ne peut être employé chez les diabétiques.

Le *foie sanguin* conduit au traitement des congestions hépatiques de causes diverses. Les révulsifs, l'hydrothérapie, les lavements froids, l'usage de l'entéroclysme sont passés en revue. Comme médicaments, les alcalins, l'iodure de potassium, le boldo, les antiseptiques de l'intestin, les laxatifs, le calomel joints au régime végétarien et à l'emploi des toniques du cœur, donneront d'excellents résultats. M. Dujardin-Beaumetz préconise spécialement l'acide hippurique :

Acide hippurique pur . .	25 gr.
Lait de chaux.	Q. S. pour neutraliser.
Sirop de sucre	500 gr.
Essence de citron ou d'anis.	q. s.

4 à 5 cuillerées par jour.

Le *traitement des cirrhoses* nécessite l'usage du lait et des diurétiques ; parmi ces derniers, citons la potion suivante :

Baies de genièvre.	10 gr.
Eau bouillante infusée	200 gr.
Nitrate de potasse.	ââ 2 gr.
Acétate de potasse	
Oxymel scillitique	50 gr.
Sirop des 5 racines	30 gr.

(Millard.)

L'ouvrage se termine par un exposé succinct des méthodes médicales et chirurgicales employées pour le *traitement des kystes hydatiques du foie*. A.-R.

XI. — L'auteur expose sa thérapeutique favorite, les formules qu'il a l'habitude de mettre en pratique. Il serait en effet heureux, selon le souhait que M. Grasset fait dans sa préface, de voir « quelques-uns de nos maîtres les plus autorisés publier leur traitement des maladies courantes. » Résumer ce petit livre serait le citer en entier ; ce n'est pas un simple formulaire ; chaque formule suit une indication nette, et tous les moyens thérapeutiques y sont indiqués à leur place.

XII. — Malgré la médecine expérimentale, le médecin ne sera longtemps qu' « un empirique dégrossi » et, pour la fièvre typhoïde, il vaut encore mieux un « bon traitement qu'un traitement logique. » Aussi, après avoir passé en revue la *prophylaxie* de la dothiénentérie et l'*hygiène générale du typhique*, l'auteur aborde l'étude des divers traitements. Il fait le procès des méthodes anciennes (expectation, saignée, purgation), de la méthode dite rationnelle de Réal (sous-nitrate de bismuth), fait des réserves sur la médication spécifique de Chalmonski (injection d'un extrait de viande putréfiée) qui n'a pas fait ses preuves. Abordant les *méthodes anti-thermiques*, M. Juhel-Rénoy bat en brèche l'emploi de la quinine et le système de jugulation de Pécholier. L'acide salicylique, l'acide phénique, l'antipyrine, l'antifébrine, l'acétanilide, le salicylate de soude, la kairine, etc., sont des agents dont les avantages ne compensent pas les inconvénients. La *médication antiseptique* (naphtaline, naphtol, sulfure de carbone, iode et iodures, mercuriaux, etc., etc.) ne vaut guère mieux, car elle n'atteint pas le but qu'elle se propose. La *médication tonique* n'est qu'adjuvante, l'auteur recommande, de préférence à la caféine, la spartéine en injections hypodermiques :

Sulfate neutre de spartéine. . .	0 gr. 05
Eau distillée	1 cc.

Il ne trouve que des inconvénients à la *médication diurétique* (digitale). Il aborde enfin le traitement qui lui est cher, les bains froids ou *psychrothérapie*, dont il fait un historique détaillé depuis Hippocrate jusqu'à Brand et Glénard, de Lyon. Ce traitement par l'eau froide se divise en deux classes : 1° l'hydrothérapie stimulante (lotions froides, affusions, drap mouillé, lavements froids, compresses froides, bains tièdes, bains à température décroissante, bains tièdes refroidis de Bouchard). Sans nier les bons résultats dus à ces divers procédés, il les trouve incomplets et préfère 2° la méthode de Brand régulière. Il préconise : « Chaque 3 heures, si le malade a 39° rectal, de le baigner durant un quart d'heure dans l'eau à 18°. » La technique de ces bains est discutée dans ses moindres détails et modifiée selon l'état de gravité de la maladie. Le dernier chapitre a trait au *traitement des complications* (accidents pulmonaires, digestifs, péritonites, hémorrhagies, accidents nerveux). L'auteur recommande, contre le délire des formes ataxiques, le lavement de G. de Mussy :

Infusé de valériane	100 gr. »
Assa fœtida	4 — »
Musc . . . . 0 50 centigr. à	1 — »
Camphre	» — 50
Mucilage de gomme.	Q. S.

Enfin, il conclut en citant l'opinion de Lépine qui est que le traitement par les bains froids « satisfait au plus important des trois grands préceptes de la thérapeutique : *tuto, cito et jucunde.*

XIII. — La physiologie sommaire de l'intestin, suivie des diverses classifications des purgatifs et des théories expliquant leur action, forme le préambule de cet ouvrage. Après l'exposé des moyens d'administration des purgatifs et de leurs indications et contre-indications, le pharmacien de Lariboisière aborde l'étude de chaque purgatif en particulier (purgatifs sucrés, salins, drastiques, cholagogues, purgatifs musculaires et mécaniques). Il termine par un chapitre sur les eaux minérales purgatives. Extrayons de ce petit livre la formule de la potion contre l'ictère, recommandée par Frerichs.

Sulfate de soude	25 gr.
Bicarbonate de soude	6 gr.
Sirop de sucre	25 gr.
Eau distillée.	200 gr.

A prendre par cuillerées à bouche.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

WUNDT (W.). — Hypnotisme et suggestion. Volume in-12 de 167 pages. — Prix . . . . 2 fr. 50

PARISOT (P.). — Etudes d'hygiène sur Nancy et le département de Meurthe-et-Moselle. — Brochure in-8 de 54 pages. — Prix. . . . . 1 fr. 50

BERTON. — Guide et questionnaire de tous les examens de médecine (doctorat, internat, externat). Volume in-12 cartonné de 328 pages. — Prix . . . . 4 fr.

DUFOUR (L.). — Manuel de pharmacie pratique. Volume in-12 de 472 pages. — Prix. . . . . 5 fr.

Librairie RUEFF et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

CASTEL (R. du). — Tuberculoses cutanées. Volume in-16 de 267 pages, reliure d'amateur. — Prix. . . . . . . 3 fr. 50

COMBY (J.). — Les oreillons. Volume in-16 de 203 pages, reliure d'amateur. — Prix. . . . . 3 fr. 50

LUC (H.). — Névropathies laryngées. Volume de 276 pages, reliure d'amateur. — Prix. . . . . 3 fr. 50

MANUEL DE MÉDECINE publié sous la direction de MM. Debove et Achard. — Tome I : Maladies de l'appareil respiratoire. Volume in-4, reliure souple, de VI-560 pages. — Tome II : Maladies de l'appareil circulatoire et du sang. Volume in-4, reliure souple, de 544 pages. — Prix de chaque volume : 10 fr. — L'ouvrage sera complet en un an. Il y aura 8 volumes.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES, 4, rue Antoine Dubois.

BERNHEIM (S.). — Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Volume in-8 du 574 pages — Prix. 7 fr. 50

BUREAU (M.). — Etude sur les aortites. Volume in-8, de 191 pages.

BILLOT. — Détermination pratique de la réfraction oculaire par la kératoscopie (application à l'examen des conscrits). Volume in-18 cartonné de 101 pages. — Prix. . . . . . . 3 fr.

MARTIN (E.). — L'opium, ses abus. Mangeurs et fumeurs d'opium. Morphinomanes. Volume in-12 de 175 pages. — Prix. . . . . 3 fr. 50

NATTUS (J.). — Hygiène des fiancés. Volume in-18 cartonné de 131 pages. — Prix . . . . 3 fr.

POINSOT (P.). — Les accidents de la première dentition. Volume in-18 cartonné de 107 pages. — Prix. . . . . . . 3 fr.

RENAULT (J.). — Le bacterium coli dans l'infection urinaire. Brochure in-8 de 80 pages.

GOUGUENHEIM. — Cours de physiologie et d'hygiène de la voix, professé au Conservatoire national de musique et de déclamation en 1892. Brochure in-8 de 122 pages.

LAURENT (E.). — Le nicotinisme. Etude de psychologie pathologique. Volume in-12 de 221 pages. — Prix. . . . 3 fr. 50

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint Germain.

BORREL (A.). — Evolution cellulaire et parasitisme dans l'épithélioma. Brochure in-8 de 30 pages, avec 2 planches hors texte. — Prix . . . . 3 fr.

LICHTWITZ (L.). — De l'empyème latent du sinus frontal diagnostiqué et traité par voie naturelle. Brochure in-8 de 21 pages.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.— 21e Session. Pau, 1892. Volume in-8 cartonné de CXXIV-536 p., avec figures et planches hors texte.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

MARTHA (A.). — Des microbes de l'oreille (bactériologie, thérapeutique). Brochure in-12 de 53 pages.

RIOU (J.). — Cure radicale de la hernie épigastrique (Indications. Manuel opératoire). Brochure in-8 de 46 pages.

Nous croyons encore utile de puiser dans l'ouvrage de M. Patein la formule de Léger permettant d'administrer facilement aux enfants l'huile de ricin :

Saccharure de caséine	30 gr.
Huile de ricin	30 gr.
Emulsionner avec eau	10 gr.
Ajouter eau.	100 gr.
Eau de laurier-cerise	5 gr.

XIV et XV. — Le premier de ces formulaires expose les moyens d'action des divers antiseptiques, les méthodes usitées pour obtenir l'asepsie médicale ou chirurgicale. Chaque antiseptique connu y est ensuite étudié à part et l'ouvrage se termine par les procédés employés pour obtenir la désinfection des personnes, des déjections, des meubles, des vêtements, des habitations, des abattoirs, des navires, objets de transport, etc. La stérilisation de l'eau, du lait, du vin, de la bière, la désinfection dans les grandes villes selon les diverses épidémies, terminent heureusement ce petit volume qui mériterait plus que le nom de formulaire.

Le *formulaire des médicaments nouveaux* est un exposé de 455 médicaments avec leur mode d'emploi, leurs propriétes et leur posologie.

XVI. — Ce traité très complet d'antisepsie se divise en trois parties différentes : 1° L'étude des antiseptiques; 2° Le traitement antiseptique des maladies diverses; 3° L'hygiène antiseptique des malades et de leur entourage. Cette dernière partie complète heureusement un traité d'antisepsie. Nous empruntons à ce livre la formule suivante recommandée par M. Dujardin-Beaumetz dans l'influenza à forme névralgique, formule qui ne sera pas dénuée d'actualité :

Exalgine	2 gr. 50
Alcoolat de menthe	10 gr.
Eau de tilleul	120 gr.
Sirop de fleurs d'orangers	30 gr.

Une cuillerée à bouche matin et soir.

Cette formule est une preuve que l'ouvrage de M. Trouessart ne se borne pas purement à l'exposé du traitement antiseptique des maladies infectieuses.

XVII. — Ces mementos, véritable revue de thérapeutique, abordent un trop grand nombre de questions diverses pour nous permettre d'en faire une analyse même succincte, nous nous bornerons à en signaler les chapitres. La première partie sur la thérapeutique générale comprend un article de M. Huchard sur les indications thérapeutiques, la médication du cerveau et des méninges par M. P. Gingeot, où sont données les indications des bromures, des iodures et des phosphures M. Ch. Eloy, à propos de la médication musculaire, étudie l'action de la caféine et des caféiques. La thérapeutique médicale spéciale comprend une étude sur le traitement de la chorée par M. d'Heilly, sur celui de l'épilepsie et de la grippe par M. H. Huchard. La thérapeutique des pelades par M. Brocq, le traitement médical de la pleurésie purulente par M. E. Barié, celui de la syphilis héréditaire par M. Ch. Mauriac, l'exposé de l'hygiène des syphilitiques par M. A. Renault, et enfin le traitement de la variole par M. Du Castel complètent la partie réservée à la médecine. Le chapitre chirurgical comprend une étude claire et minutieuse sur l'antisepsie en chirurgie par M. Rieff l, le traitement chirurgical de la pleurésie purulente et celui des fractures de la rotule par M. E. Schwartz. M. Picqué expose, dans un article de gynécologie, le manuel opératoire à employer pour la cure de la rétroflexion utérine. M. Demelin, dans le chapitre d'obstétrique, donne des conseils sur l'antisepsie obstétricale et sur les applications de forceps sur la face. Enfin les mementos se terminent par un formulaire raisonné ayant trait aux divers articles publiés dans le cours de l'ouvrage.

XVIII. — L'historique de l'opium, surtout en Asie, forme la plus grande partie de ce livre ; la morphinomanie y est effleurée en passant, bien que l'auteur la considère comme le mode d'abus le plus redoutable. Le Dr Martin conclut qu'on ne saurait trop combattre le fléau de l'abus de l'opium, « poison de l'organisme, poison moral, poison social. »

XIX. — La tropacocaïne, retirée par Giesel d'une variété particulière de coca, provenant de Java, possède quelques propriétés de l'atropine jointes à celles de la cocaïne. Elle anesthésie aussi bien que cette dernière, et les expériences sur les animaux démontrent qu'elle est moins toxique. On doit appliquer à la tropacocaïne les règles que Reclus recommande de suivre dans l'emploi de la cocaïne.

XX. — Comme l'indique le sous-titre de la brochure, l'auteur considère les injections de Brown-Séquard et la transfusion nerveuse de C. Paul comme ayant une action d'inhibition suggestive sur les douleurs à distance provoquées par une lésion organique, mais non comme ayant une action propre quelconque et surtout sur la lésion. L'auteur s'appuie sur de nombreuses expérimentations dans la tuberculose pulmonaire, l'épilepsie, la neurasthénie, l'hémiplégie, le tabes, etc. Il explique tous les effets obtenus par une influence psychique, *per influenza dello spirito sul corpo.* J. Noir.

CORRESPONDANCE

La nutrition dans l'hystérie.

Montpellier, 15 décembre 1892 (1).

Monsieur et très honoré confrère,

Dans le numéro du *Progrès médical* du 10 décembre dernier, MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau m'ont fait l'honneur de discuter — avec une vivacité dont je devrais leur savoir gré — deux de mes notes à la *Société de Biologie*, ayant trait aux troubles de la nutrition dans l'hystérie. J'étais, certes, loin de penser que les termes de ces deux notes entraîneraient une discussion de priorité de la part ds ces messieurs.

MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau savent aussi bien — et mieux que moi — combien la place est mesurée dans les *C. R. de la Société de Biologie*, et combien — pour ces raisons — il est difficile, impossible de faire l'historique d'une question.

Dans ma première note, je rapportais très brièvement les recherches de mes devanciers; si je n'en parlais plus dans la seconde, c'est que je considérais celle-ci comme une suite naturelle de la note du 7 mai.

D'ailleurs, en dehors de ce motif, j'en avais deux autres qui suffisaient à m'empêcher d'insister davantage : 1° Les travaux de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau étaient assez connus du monde scientifique pour me dispenser de tout historique; — la discussion était assez vive à ce moment pour que (si telle avait été mon intention, bien mauvaise, en vérité) il m'eût été impossible de tromper personne. J'écarte la suggestion. 2° Mon intention était de développer ces notes dans un mémoire où l'historique n'aurait pas été négligé. J'aurais pu donner aux travaux de ces auteurs une place que je n'ai jamais songé à leur discuter. Des affaires personnelles m'ont malheureusement interdit de le faire jusqu'à ce jour.

Voilà pour la question générale de *priorité* de la formule. Quant à la série des « *je* ou *moi* » — combien haïssables — par lesquels j'aurais voulu éblouir les lecteurs, elle ne prouve ni plus ni moins que le « *nous* » préfectoral que j'eusse pu employer.

MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ne peuvent donc guère m'accuser d'avoir voulu leur *prendre* leur formule. Je repousse vivement pareille intention. J'ai donné mes analyses en toute sincérité et le titre et l'esprit de ma communication : « *Formule urinaire complète de l'attaque d'hystérie* » me permettaient de dire ce que j'y ai avancé. Je n'ai jamais soutenu que ce fût une formule TOUTE MIENNE ; j'avais essayé de donner la formule la plus complète et la plus nette. Je continue à penser que ces deux notes étaient loin d'être une *dénigration envers* les travaux de la Salpêtrière à ce sujet. J'en avais même l'idée contraire.

Je regrette que la concision de mes notes ait surpris MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau. Ils me permettront de m'élever — sans amertume — contre l'accusation en « *dé-*

(1) Par un oubli du metteur en pages, cette lettre n'a pas été publiée à l'époque voulue. Nous nous en excusons auprès de notre correspondant.

tournement de priorité » et la chute d'un piédestal sur loquel je n'avais jamais songé à me guinder.

J'espère, Monsieur le Rédacteur, que vous serez assez bienveillant pour donner à ces quelques mots hospitalité dans votre journal, et accepter l'assurance de ma plus haute considération.

Dr Bosc,
Chof de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la syphilis.

par le Dr **Alfred FOURNIER** (1).

En vérité, voici un livre d'importance capitale, un livre qui ne peut être considéré par tous que comme marquant une date mémorable dans l'histoire contemporaine de la syphilis. Nul plus que l'ancien interne et le disciple favori de Ricord, nul plus que le célèbre professeur de l'Ecole de Paris, n'était qualifié pour faire paraître un pareil enseignement; personne qui fût plus maître des sujets, et qui fût plus autorisé pour l'exposer devant le monde médical de tous les pays où la syphilis existe : Or, quel est le pays privilégié où ce livre ne sera pas d'actualité ? C'est une œuvre magistrale dans toute l'acception du mot ; c'est la synthèse de toute une longue période, trente-deux années de labeur incessant, d'observations accumulées, de recherches et de réflexions judicieuses, constamment et tenacement concentrées sur un même objet de la pathologie humaine ainsi fouillé à fond. C'est même, disons-le en passant, un exemple que nos maîtres devraient prendre davantage l'habitude de pratiquer, de faire ainsi paraître un résumé de leur pratique, une affirmation solennelle de leur expérience si précieuse à connaître? Quoi de plus instructif pour les médecins qui viennent ensuite et qui se trouvent en face des mêmes difficultés, quoi de plus profitable pour les malades que ces conseils dictés par l'instruction la plus étendue, par l'observation la plus pénétrante et la plus soutenue, par le désir le plus sincère et le plus manifeste de faire le bien, de trouver le mieux et de dire le vrai? Mais il n'est pas besoin d'insister; chacun en lisant fera facilement son profit de tout ce qui est là prodiguement répandu ; car la question, si grosse soit-elle, a bien été envisagée sous toutes ses faces actuellemnt connues et explorées. Dès le début, on trouve une réponse importante à ne pas omettre de retenir, réponse à une question bien souvent posée. *La syphilis guérit-elle?* Oui, dit le professeur, puisqu'il donne dès la 2e page l'avertissement qu'on ne doit pas se contenter de traiter l'épisode, qu'il y a lieu de combattre la permanence de l'infection et qu'il faut un long traitement « *pour arriver à la guérison.* » Voilà ce qui ressort très clairement des indications fournies par la clinique de la Ville, la pratique hospitalière ne portant que sur des malades de passage. L'épuration de l'organisme peut-elle s'effectuer par le seul effort curateur de la nature et la syphilis guérit-elle spontanément? C'est possible dans un petit nombre, mais non dans la majorité des cas. Abandonnée à elle-même, une infection syphilitique, semblant très légère au début, peut aboutir au tertiarisme et à d'irrémédiables complications. Donc c'est faire offense au bon sens non moins qu'à l'observation clinique journalière que de négliger le traitement d'une pareille maladie. A l'appui de cette proposition, Fournier cite de nombreux faits, plus concluants, plus topiques les uns que les autres, sans oublier ceux qui sont relatifs à l'influence héréditaire (p. 12). En résumé le traitement est nécessaire, et il constitue, de par les faits, un triomphe incontestable pour le présent et pour l'avenir, pour le sujet contaminé, pour sa femme, ses enfants et son entourage. L'influence, même simplement provisoire, du traitement spécifique a pu quelquefois conjurer provisoirement les effets de l'hérédité syphilitique. Ainsi, il peut suffire qu'un enfant naisse sain de parents syphiliques; que ceux-ci, au moment de la procréation, se trouvent soumis à l'influence du mercure.

La mortalité infantile héréditairement issue de sujets qui, ayant eu le malheur de contracter la syphilis, ont eu le bon sens de traiter et la patience de s'en traiter suffisamment longtemps, ne dépasse pas 3 pour cent : Elle atteint 82 pour cent dans les conditions opposées! Pour qui observe la syphilis, s'il est une vérité bien démontrée par une pratique étendue, c'est qu'il existe des véroles graves, de simplement fortes, de faibles, voire même, d'après Diday et d'autres, de tout à fait bénignes, sinon de frustes.

La question, dès lors, a été posée : « Faut-il traiter toutes les syphilis? » Oui, toutes sans exception, mais proportion gardée dans l'intensité et la durée du traitement. Car il n'existe aucun signe reconnu valable et fidèle permettant d'assurer que telle infection qui semble très bénigne au début ne sera pas marquée tardivement par un accident formidable ; en d'autres termes, que telle syphilis qui commence bien ne finira pas mal ; exemple : sur 78 cas de syphilis cérébrale, 7 ont succédé à une période secondaire grave et 74 à des syphilis secondaires bénignes, dont 17 peuvent même être qualifiées d'extrêmement bénignes ! (p. 36). De cette statisque il faut bien se garder de conclure que toute syphilis originairement bénigne est destinée à aboutir au tertiarisme; car les syphilis bénignes sont de beaucoup les plus fréquentes, et combien, après quelques semaines ou quelques mois de traitement, dont on n'entend plus jamais parler. Fournier écrit même cette phrase consolante, qu'il est des cas — rares sans doute, mais que leur rareté même a fixé dans l'esprit — où des malades, ne s'étant jamais traités de leur syphilis, n'ont jamais eu, disent-ils, après 30 ou 40 ans, à s'en repentir. Mais il ne faudrait pas s'y fier. Il faut au contraire bien savoir que les manifestations tertiaires peuvent succéder à toutes les formes de syphilis secondaires. D'après la statistique personnelle de Fournier, 1.424 sur 1.664 ont succédé à des syphilis secondaires de forme bénigne. Dans la statistique produite par Neumann au dernier Congrès international (Vienne, 1889), sur 9.742 cas, il y eut 665 fois de la syphilis tertiaire, soit 6.82 0/0.

La conclusion de toutes ces observations est que la prudence conseille de *traiter à leur début toutes les formes de syphilis*. Existe-t-il un traitement abortif de la syphilis ? C'est là une question que se sont posés de tout temps les syphiligraphes, depuis 1514 avec Jean de Vigo jusqu'à nos jours où la jugulation, l'*éradication de la syphilis* a récemment provoqué de nouveaux travaux. La question de l'*excision du chancre* est traitée d'une manière fort intéressante (p. 42 et suiv.) d'après l'opinion des auteurs anciens et d'après l'avis des écrivains contemporains. La conclusion est que, jusqu'à ce jour du moins, *aucune tentative n'a été capable d'éteindre la syphilis en germe*. Si cela est possible, ce n'est pas encore démontré ; l'action atténuante même de l'excision reste à prouver. Mais, ajoute le professeur : *Verba et voces* (p. 82). « Chacun de nous peut bien dans son for intérieur supposer que la syphilis est acquise ou non avec le chancre ; mais chacun de nous est forcé de s'avouer qu'il n'en sait rien de rien..... Laissons les principes et les beaux discours pour revenir à l'expérimentation, laquelle, seule, peut en l'espèce, comme en toutes choses du même ordre, faire la lumière. »

Ces réserves faites, on peut tenter raisonnablement l'excision quand l'induration n'est pas accentuée, que l'adénopathie n'existe pas encore, que la lésion suspecte est récente, qu'il s'agisse vraisemblablement d'un chancre et que l'excision ne fasse courir au sujet aucun danger opératoire. Nous ajouterons se souvenir ici au cas où Pontappidan montra au Congrès de Copenhague (1884) deux chancres indurés auto-inoculés sous l'ombilic quinze jours après l'apparition d'un chancre syphilitique du pénis. C'est pendant cette période que la destruction, l'annihilation de la syphilis pourrait être tentée ; mais nous ne croyons pas, pour notre part, que l'excision soit le moyen approprié à ce résultat.

(1) Rueff et Cie, Paris, 1893.

Traitées toutes ces questions préalables, Fournier passe en revue les théories successives de la médication et de la cure de la vérole. Ces pages d'historique sont toutes à lire (88 et suiv.) : méthode d'extinction, méthode par salivation, traitement simple sans mercure, syphilisation, enfin le traitement contemporain par l'administration rationnelle du mercure ; cette dernière méthode se constitua d'après les renseignements fournis, non moins par les erreurs que par les conquêtes des siècles passés (p. 91).

Dans la pratique, le traitement de la syphilis ne consiste pas seulement dans l'administration des remèdes que l'expérience a consacrés comme les plus propices à la guérison des symptômes spécifiques. Il comprend l'ensemble des moyens capables de soulager et de guérir un malade affecté de syphilis. Il embrasse la sauvegarde du présent et de l'avenir, la préservation de l'individu et de sa descendance, etc. D'autre part, anémie, lymphatisme, nervosisme, arthritisme, paludisme, alcoolisme, surmenage, etc., sont autant de conditions apportant à la syphilis le contingent morbide qui leur est propre. Un certain nombre d'entre elles, avec la puerpéralité, l'âge avancé, etc., constituent les facteurs de gravité de la syphilis et parfois le terrain est plus important à traiter que la graine, ou, du moins, les médications auxiliaires sont impérieuses à employer pour combattre telles ou telles manifestations devant lesquelles les remèdes spécifiques restent insuffisants. Les médications auxiliaires deviennent parfois principales : Fournier en rapporte de mémorables exemples.

Le mercure fut employé contre la syphilis, maladie cutanée, à cause des succès obtenus ainsi dès longtemps par l'Ecole arabe contre les affections cutanées. En 1836, Wallace appliqua l'iodure de potassium à la syphilis en général, mais Ricord le dirigea surtout contre la syphilis tertiaire : Tels sont les deux grands médicaments dont l'observation confirme l'efficacité contre la syphilis.

Fournier expose le procès du mercure (p. 104). Les cas si nombreux et parfois si graves, si mutilants, de syphilis ignorées, restées conséquemment vierges de tout traitement, démontrent surabondamment que le mercure ne cause pas les accidents dont on l'a chargé par ignorance, parti pris ou injustice. Mais il faut savoir administrer le mercure, car cet excellent médicament ne guérit que parce qu'il est actif. Dès lors qu'il n'est pas indifférent, il peut nuire s'il est employé par des mains inexpérimentées ; il peut nuire encore dans certaines conditions d'intolérance individuelle. Les accidents qu'on peut lui rapporter pour ces diverses raisons sont : des effets ptyaliques, des troubles gastro-intestinaux, des troubles nutritifs et des accidents cutanés ou hydrargyrie externe : érythèmes généralisés, scarlatiniformes, autrefois confondus avec la dermatite exfoliatrice et le *pityriasis rubra*.

Mais, s'il est parfois nuisible par le fait d'un mode défectueux d'administration, quelles innombrables fois n'a-t-il pas été exclusivement bienfaisant ! On pourrait faire un recueil clinique considérable et des plus instructifs intitulé *Mercurio victori*. Traitée par ce parasiticide, la syphilis s'atténue, se mitige, devient comme un diminutif d'elle-même : elle n'est pas jugulée ; elle n'est pas supprimée ; mais elle se compose de poussées désormais avortées et de moins en moins fréquentes : de là la nécessité d'une médication mercurielle très longtemps poursuivie, grâce à une série de traitements échelonnés sur un certain nombre d'années qui sera déterminé plus loin.

Comment administrer le mercure ? Par ingestion ; par frictions : par injections hypodermiques ; par fumigations (p. 178).

Chacune de ces méthodes a des indications spéciales que définit soigneusement le professeur de Paris. C'est une faute de traiter indistinctement toutes les syphilis par l'une quelconque de ces méthodes, systématiquement employée à l'exclusion des autres. Telle syphilis légère sera discrètement et efficacement combattue par les pilules ; telle autre offrant des accidents menaçants sera justiciable des frictions. Si l'on veut agir encore plus vite et plus fort, on aura recours aux injections ; enfin, on réservera les fumigations pour les intolérances du mercure par les autres voies.

Il faut lire chacun de ces chapitres dont nous ne pouvons rien citer, car il faudrait tout citer, et qui constituent pour le praticien des enseignements très précieux.

La *question des injections* notamment, qui a été tant discutée dans ces dernières années, y est traitée impartialement et avec une remarquable justesse. Pour notre part, nous pensons que cette méthode est appelée à rendre service dans un certain nombre de cas, soit lorsque des accidents très graves (ictus cérébral et autres accidents rapidement redoutables) sont menaçants ; soit lorsqu'un diagnostic, devant décider une intervention chirurgicale par exemple, n'est pas établi ; soit lorsqu'il y a lieu de suspecter la bonne application des autres moyens : irrégularité de l'ingestion des pilules ; application défectueuse des frictions ; existence de lésions bucco-linguales exaspérées par les préparations à ingérer ; menace de stomatite toujours possible avec les frictions, etc. Qu'il nous soit permis de dire ici les résultats satisfaisants que nous avons obtenus par les injections. C'est ainsi que nous avons traité d'une manière exclusive par une injection hebdomadaire, pendant les 18 mois qui suivirent le chancre syphilitique, au moyen d'une preparation mercurielle insoluble (thymol acétate de mercure 0 gr. 05 par dose), un malade qui toléra très bien cette médication et qui n'eut qu'une roséole et deux poussées peu durables de syphilides amygdaliennes, depuis plus de six mois tout à fait disparues. Deux autres malades furent soumis pendant 5 mois aux injections hebdomadaires de gozoïodal de mercure (0 gr. 08 par dose) et furent rapidement guéris par ce procédé, l'un d'une syphilide ulcéreuse du nez et l'autre d'une syphilide palmaire très tenace et très ancienne. Cette préparation mercurielle soluble a l'avantage de porter dans l'hypoderme en même temps une notable quantité d'iodure de potassium. Est-ce à cette dernière substance qu'il faut attribuer un plus grand endolorissement et une notable persistance de nodosités intrafessières, d'ailleurs jamais suppurées et devenues ultérieurement indolentes ? J'ai employé aussi avec avantage l'huile stérilisée contenant de 6 à 10 milligr. de biiodure d'hydrargyre par gramme d'huile ; il n'y a pas de douleur, pas de nodosité, mais il faut répéter les injections tous les deux jours ou au moins tous les 3 jours.

Malgré des résultats favorables dans des cas qui se montraient réfractaires aux autres méthodes de traitement, je persiste à penser que ce procédé est exceptionnel et que le traitement pratique par excellence, toujours bien dirigeable, toujours applicable dans un grand service de vénériens, consiste, jusqu'à ce jour tout au moins, dans l'administration des pilules ; c'est du reste la conclusion formelle de Fournier.

Quant aux fumigations et aux inhalations, ce sont les moyens dont les médecins contemporains ont le moins d'expérience ; ce chapitre, qui débute par l'historique relatif à ces procédés, est aussi fort intéressant à lire.

Telles sont les lignes générales du traitement de la syphilis. Mais les cas particuliers, si fréquents en pratique, exigent une ligne de conduite qui est envisagée en détail dans ce livre, véritable vade-mecum spécial. Résumons quelques conseils :

Il faut donner le traitement spécifique dès le début de la syphilis, dès que le diagnostic, fût-ce celui du chancre, est certain ; mais, dans cette dernière éventualité seulement ; sinon on se met dans l'impossibilité de connaître ultérieurement l'état exact du malade.

Il faut traiter l'infection qui est permanente par un traitement chronique, à répétition, et non pas seulement à propos de ses manifestations.

Dès le chancre bien diagnostiqué, il y a lieu de donner le mercure à dose suffisante — chez l'homme, par exemple, 10 à 12 centigrammes, et chez la femme, 7 à 10 centigr. de protoiodure d'hydrargyre. — Il faut ensuite continuer l'usage du mercure au moins pendant deux ans, et, quelquefois, le prolonger plus ou moins dans le cours de la

troisième année, et toujours par cures largement espacées ; sans parler, bien entendu, des cas exceptionnels où il y a lieu de le continuer au cours de la quatrième, cinquième et sixième année. soit pour des accidents rebelles, soit pour des récidives inattendues, soit eu égard au caractère menaçant de la maladie.

Mais les cas simples sont de beaucoup les plus fréquents en médecine ; c'est contre eux qu'il faut prescrire, pour les étapes jeunes, le protoiodure d'hydrargyre aux doses de 10 à 12 centigrammes par jour chez l'homme, de 7 à 9 centigrammes chez la femme, en pilules de 3, 4 ou 5 centigrammes chacune, et pour les périodes avancées (p. 375), le sublimé à la dose de 2 ou 3 centigrammes par jour, donné simultanément ou non avec l'iodure de potassium.

Tout le monde connaît et presque tout le monde applique la méthode qu'une longue, sagace et attentive observation a montré à Fournier être la meilleure, celle des cures intermittentes, des reprises ou des repos alternatifs plus ou moins largement espacés, de six en six semaines en moyenne, à part les trois mois presque consécutifs du début. Les travaux de Stankowenkoff et de Jelenen semblent démontrer qu'il est préférable de rendre moins prolongés les reprises et les repos et de donner, par exemple, les pilules pendant quinze jours, de cesser quinze jours, de les reprendre pendant le même temps et ainsi de suite. Le mercure sera administré ainsi pendant neuf mois environ dans le cours de la première année. six mois dans le cours de la seconde, trois mois dans celui de la quatrième , l'iodure de potassium, ce médicament par excellence des périodes tardives et du tertiarisme, sera prescrit trois mois ou quatre mois dans la deuxième année, six mois dans la deuxième, neuf mois dans la troisième, puis six mois encore et enfin deux mois dans les années qui suivent.

Si l'on n'avait à sa disposition qu'un seul des deux médicaments précédents, il est certain que la préférence devrait être accordée sans conteste au mercure, qui est un antisyphilitique merveilleux à toute période de la diathèse.

Fournier affirme (p. 533), par expérience, que l'iodure de potassium n'est pas indispensable comme médication complémentaire du mercure ; nombre de ses malades, absolument réfractaires à l'iodure et traités par le mercure seul, ont bien et définitivement guéri.

Mais si les sujets ne sont pas intolérants pour l'iodure, ne pas hésiter à y avoir souvent recours. selon les indications de la clinique. Souvent l'iodure est utile, dès le début de la syphilis, à l'origine avec le mercure, quand il y a des périostites, de la céphalée ou des ulcérations précoces, etc.

A titre de médication complémentaire du mercure, c'est-à-dire quand celui-ci a été administré pendant le temps suffisant indiqué plus haut, deux ou trois ans, l'iodure achèverait la guérison des cas de moyenne intensité.

Certains médecins conseillent de continuer ultérieurement l'usage de l'iodure pendant de longues années, au printemps et à l'automne, c'est-à-dire au renouvellement des saisons, à la dose, par exemple, suffisante pour les cas ordinaires. de deux grammes par jour.

Outre la médication tonique et reconstituante, on devra prescrire l'hygiène. Il faut éviter l'alcool, les excès de toutes sortes, surtout chez les sujets héréditairement disposés aux affections du système nerveux : il est démontré que le virus syphilitique est tout particulièrement le poison du système nerveux (p. 576). Il faut donc que ces malades prennent grand soin d'éviter les stimulations organiques susceptibles d'appeler les décharges de la diathèse dans le système atteint de *minoris resistentiæ*. L'hygiène morale doit aussi être surveillée de très près. Le médecin a pour devoir de délivrer son malade de l'angoisse syphilitique, qui tourmente si cruellement parfois les contaminés, les hommes bien plus que les femmes.

En tout cas, même quand on a toute raison de croire un syphilitique bien guéri, il faut bien lui recommander de toujours se souvenir de son ancienne maladie et de ne jamais omettre de la signaler au médecin traitant à l'occasion de chaque trouble sérieux survenu dans sa santé : « Dans certains cas, moins rares qu'on ne croit, de l'astase des antécédents, peuvent dépendre la guérison et la vie. »

Ce résumé peut paraître long ; il est pourtant succinct et incomplet par rapport aux excellents avis pratiques qu'on rencontre à chaque page.

Cet ouvrage, né d'un travail opiniâtre et fécond, est d'ailleurs écrit avec ce talent auquel le professeur nous a accoutumés et qui ne se trouve jamais en défaut. Chose remarquable, l'effort n'est jamais apparent et le livre, comme les précédents, se lit si facilement qu'on reste convaincu que l'auteur l'a écrit en se jouant et qu'on ferait facilement autant. Or, chacun sait que c'est là le meilleur critérium du talent et la meilleure preuve que le but a été atteint. Toutefois. dans cette œuvre si complète et si savante, il est une lacune : Une des diverses manières de combattre la syphilis a été omise ; je la trouve signalée dans les *Annales de la Médecine* (15 février 1893), c'est la prière contre le chancre, dont le texte original doit être respecté :

« Chancre blanc, chancre rouge, chancre noire, chancre par dessue tout les chancre et même les scorbus s'il sentrouve, Je te fait commendement de la par du Grand Dieu vivant de te séché et de te rechéché et de n'avoire aucun pouvoir sur (✠) (la chose que l'on désigne), non plus que les prêtes ne peuve dire la messe sans pin de fromen ni vin de sermen, et dapaisé sa chaleur, son ardeur et sa Rougeur, comme Judas à perdue ses Couleur quand ils a traye Notre Seigneur au jardin des Holives.

« Puis dire 5 pater et 5 ave le matin avan le Soleil levé. »

La Chlorose; par M. le Dr Luzet. 1 vol. de 270 pages de la Bibliothèque médicale Charcot-Debove. — Rueff et Cie, éditeurs, 1892.

C'est une monographie très complète, à tous points de vue, de cette intéressante affection dont la pathogénie et la nature ont été et sont encore l'objet de tant d'opinions diverses. M. Luzet la considère comme une anémie spontanée de la puberté, préparée par une tare héréditaire spéciale, tantôt latente, tantôt exprimée par des hypoplasies organiques, anémie occasionnée par toutes les conditions susceptibles de rompre l'équilibre entre la formation des globules demeurée normale et la déglobulisation, au profit de cette dernière et déterminant une perte d'hémoglobine telle que les globules rouges néo-formés sont incapables d'acquérir la taille et la résistance des globules normaux. La seule lésion constante est celle du sang. Ces conclusions laissent, je pense, le débat encore ouvert sur la pathogénie intime de la chlorose. Mais l'ouvrage de M. Luzet, terminé par un index bibliographique très soigné, marque l'état actuel de la science sur cette question, et sera consulté avec d'autant plus d'intérêt par ceux qui voudront s'en occuper à leur tour, qu'il est écrit avec beaucoup d'ordre et de concision, et que les dispositions typographiques adoptées par l'auteur mettent en évidence les points successivement passés en revue et aident ainsi à la clarté de l'exposition. P. S.

Traité de Médecine de MM. Charcot, Bouchard et Brissaud. Tome IV. 1 fort volume de 1,112 pages. — G. Masson, Paris, 1893.

Le tome IV tout entier est consacré aux affections de l'appareil respiratoire, Les maladies du nez et du larynx ont été écrites par M. Ruault. Nous signalerons tout particulièrement, dans son article, la partie consacrée aux paralysies laryngées. M. Brissaud s'est borné à exposer l'asthme essentiel avec sa clarté et sa simplicité habituelles. M. Legendre a fait de même pour la coqueluche. Les maladies des bronches, les maladies chroniques du poumon et les maladies du médiastin nous sont présentées par M. Marfan, qui a su conserver à cette partie de l'ouvrage un caractère clinique dont l'absence nous avait paru regrettable dans certains articles des tomes précédents. La phtisie pulmonaire constitue un véritable traité de cette affection. Les maladies aiguës du poumon et celles de la plèvre ont été traitées par M. Netter. La question des pleurésies devait forcément recevoir une ampleur spéciale ; le côté patho-

génique et bactériologique a pris peut-être un peu trop le pas sur le côté clinique, malgré tout l'intérêt qu'il offre. P. S.

Technique des pratiques hydrothérapiques; par le Dr BURGONZIO. Traduit de l'Italien par le Dr Max Durand-Fardel. 1 vol. de 215 pages. — Rueff et Cie, éditeurs, 1891.

Petit manuel très simple et très pratique de l'hydrothérapie. Il est écrit sans prétentions par deux hommes expérimentés qui, loin de se lancer dans de grandes théories, comme le font certains auteurs de gros traités, plus considérables sous le rapport du volume que de la qualité, se bornent à des descriptions et observations pratiques. M. Durand-Fardel ne s'est pas borné, en effet, à traduire le petit ouvrage du Dr Burgonzio. Il a fait suivre chaque chapitre de commentaires personnels qui transforment complètement l'ouvrage. Nous le recommandons vivement aux médecins, pour la plupart desquels la douche est regardée comme presque synonyme d'hydrothérapie. P. S.

VARIA

Société des Secouristes français (1).

Siège social : 4, rue Antoine-Dubois.

La Société a organisé, à partir du 24 mai 1893, des cours dans chaque arrondissement. On sait que la Société a pour but de répandre, à Paris, les notions des premiers soins à donner aux blessés et malades sur la voie publique, dans les ateliers, etc., et de constituer ainsi un personnel capable d'organiser les secours dans les cas d'urgence, avant l'arrivée du médecin. La Société s'adresse à tous indistinctement. Elle se propose de placer chez des industriels, membres de la Société, et dans la plupart des pharmacies, des appareils de secours à la disposition du public. La Société délivrera un diplome et une médaille aux adhérents qui, ayant suivi assidument les cours, auront été, après examen, reconnus aptes à porter les premiers secours.

Les cours seront faits, chaque semaine, ainsi qu'il suit, par les médecins membres de la Société :

Ier Arrondissement : le mercredi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr Régnier. — IIe Arrondissement : le vendredi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr Gillet. — IIIe Arrondissement : le vendredi soir, à 8 heures (salle des Conférences de l'Ecole Turgot), cours de M. le Dr A. Maréchal. — IVe Arrondissement : le mercredi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr Ledé. — Ve Arrondissement : le jeudi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr Vauthier. — VIe Arrondissement : le mardi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr Butte. — VIIe Arrondissement : le mardi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr Kortz. — VIIIe Arrondissement : le jeudi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de Mme Edwards-Pilliet, docteur en médecine. — IXe Arrondissement : le vendredi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de MM. les Drs Olivier et Croungneaux. — Xe Arrondissement : le vendredi soir, à 8 h. 1/2 (Ecole de la rue Martel, no 5), cours de M. le Dr Perchaux. — XIe Arrondissement : le mardi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr H. Petit. — XIIIe Arrondissement : le jeudi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr Paul Cornet. — XIVe Arrondissement : le mardi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr Mouls. — XVIe Arrondissement : le mardi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr Verrier. — XVIIe Arrondissement : le mercredi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr Perchaux. — XVIIIe Arrondissement : le mercredi soir, à 8 h. 1/2, cours de M. le Dr Georges Bertillon. — XIXe Arrondissement : le lundi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr Dupont. — XXe Arrondissement : le vendredi soir, à 8 h. 1/2 (Mairie), cours de M. le Dr Ledé.

Programme des cours. — 1re et 2e leçons : Vue d'ensemble du corps humain ; principales régions, principaux appareils. — 3e leçon : Examen général du malade ou blessé. — 4e leçon : Hémorrhagies ; plaies. — 5e leçon : Syncope ; asphyxie ; convulsions ; aliénation mentale : accouchement sur la voie publique. — 6e leçon : Brulures ; morsures ; piqûres venimeuses. — 7e leçon : Moyens de transport d'un malade ou blessé ; transport des personnes atteintes de maladies contagieuses.

Pour les renseignements, s'adresser à M. Albin ROUSSELET, secrétaire général, 28, rue Mazarine.

(1) *Conseil d'Administration.* — Président : M. Louis Gillet, chef de la division des hopitaux et hospices à l'Administration générale de l'Assistance publique. — Vice-Présidents : M. le Dr Ch. Floquet, médecin du Palais de Justice et du Tribunal de Commerce ; M. Edouard Hesse, négociant. — Secrétaire-Général : M. Albin Rousselet, fondateur de la Société. — Secrétaires : M. Damico, sous-chef du bureau à la Préfecture de police ; M. le Dr Vauthier, licencié ès sciences naturelles, inspecteur des écoles de la Ville de Paris. — Trésorier : M. le Dr [illegible], médecin-titulaire du Dispensaire. — Membres : M. le Dr [illegible], médecin en chef du Dispensaire d'hygiène [illegible] ; M. le Dr [illegible], inspecteur du travail dans l'[illegible] ; M. [illegible], avocat à la Cour d'appel ; M. Barzilay [illegible] Cour d'appel ; M. Guérin, architecte, directeur de l'Ecole [illegible] de dessin ; M. [illegible], inspecteur du travail dans l'[illegible] ; M. [illegible], inspecteur des Ecoles de la Ville de Paris ; M. Printemps, [illegible] ; M. le Dr Olivier, chef de service à la Policlinique de Paris.

VIIIe Congrès international d'Hygiène et de Démographie.

Vu la conclusion du VIIe Congrès d'hygiène et de démographie qui eut lieu à Londres, que le VIIIe Congrès aura lieu, comme on le sait, en 1894, à Budapest par l'invitation de la municipalité, de la capitale et résidence, de sorte que ce Congrès sera considéré comme hôte de la ville. Les comités d'organisations et d'exécutions sont entièrement préoccupés par les préparatifs. S. M. I. François-Joseph Ier, empereur d'Autriche et roi apostolique de Hongrie, a entrepris le protectorat de ce Congrès. Les deux divisions dont l'une pour l'hygiène et l'autre pour la démographie comprendront les sections dans l'ordre suivant, savoir :

1re *Division d'Hygiène.* — Ire Section : Etiologie des épidémies (Bactériologie) ; IIe : Prophlaxie des épidémies ; IIIe : L'hygiène professionnelle ; IVe : a.) Hygiène de l'enfant ; b.) : Hygiène des écoles ; Ve : Aliments ; VIe : a.). Hygiène des constructions publiques ; b.). Hygiène d'habitations ; VIIe : Hygiène des villes ; VIIIe : a.). Hygiène des chemins de fers et de navigation ; b.). Etat des touristes ; IX : a.). Etat sanitaire stratégique ; b.). Croix Rouge ; c.). Premiers secours ; Xe : Section : Hygiène des bains ; XIe : Police sanitaire ; XIIe : Etat vétérinaire ; XIIIe : Pharmacie.

2e *Division de Démographie.* — Ire Section : Histoire ; IIe : Anthroponetrie ; IIIe Technique de la démographie ; IVe : Démographie des producteurs ; Ve : Démographie des ouvriers ; VIe : Demographie des grandes villes ; VIIe : Statistique des défauts d'esprit et de corps.

Les comités préparatoires de chaque section sont en ce moment préoccupés pour préciser telles questions dont le traitement est de plus d'urgence. Ils adresseront enfin la sommation aux concernants spécialistes, afin qu'ils se chargent des discours notés ci-dessus. Ces invitations seront adressées sous peu aux savants qui voudront y prendre part !

Docteurs en médecine reçus par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1891-92.

Le nombre des docteurs en médecine reçus en 1891-92 par les sept Facultés françaises a été de 635, en augmentation de 41 sur l'année précédente.

	1891-92	1890-91
Bordeaux	74	55
Lille	14	14
Lyon	108	71
Montpellier	53	60
Nancy	10	11
Paris	371	374
Toulouse	5	9
	635	594

Le nombre des diplômes de docteurs en médecine délivrés pendant la dernière période décennale est de 6.090, soit une moyenne de 609 par an.

Transports militaires ; mesures sanitaires.

Des troupes fraîches se sont embarquées sur les vapeurs qui ont quitté Marseille il y a quelques semaines. Se sont embarqués sur ces bâtiments : 1 infirmier major, 3 infirmiers ordinaires, 2 [illegible] Pasteur [illegible], [illegible] 12 filtres Chamberland, 6 bâts spéciaux pour transport de filtres, 1 ambulance (modèle no 3), 1,350 [illegible], les médicaments, des fourrages, 1,000 [illegible] coloniaux.

La dernière statistique sanitaire du corps expéditionnaire relevée pendant la prise de Kana 600 malades sur un effectif de 3,000 hommes, soit 20 0/0 de malades. Le comité de l'union des femmes de France (section de [illegible]) vient d'adresser aux hospices du [illegible] des médicaments et des [illegible] de quinine pour une somme de 1,000 fr.

La culture du bacille de Koch.

Le Dr Paul Gibier dans le New-York *Therapeutic Review*, donne les renseignements suivants sur les moyens à employer pour obtenir rapidement des cultures du bacille de la tuberculose :

On a récemment publié, en Allemagne, de nouveaux procédés pour obtenir facilement des cultures pures de bacilles de la tuberculose. L'un d'eux appartient à M. Kitasato et a paru dans le *Zeitschrift fur Hygiene und Infectionskrankheiten*, XI, p. 440. Il consiste à prendre un crachat du matin, récemment expectoré, ou bien un peu du contenu des cavernes pulmonaires, à le diluer dans 10 parties d'eau stérilisée, et à en faire des cultures sur la glycérine agar ou le sérum. Au bout de deux semaines, les colonies tuberculeuses sont facilement isolées.

E. Pastor (*Centralblatt fur Bakteriologie*, XI, p. 233) use d'un procédé différent. Il lave le crachat et fait des cultures en plaques sur glycérine agar. Après trois ou quatre jours, les microbes vulgaires, mélangés au bacille tuberculeux, commencent à former leurs colonies. En choisissant les points où des colonies ne se sont point développées et en les plongeant dans le sérum, on obtient, une fois sur quatre, des cultures pures du bacille de Koch.

Depuis 5 ans, M. P. Gibier emploie le procédé suivant : Avec la pointe d'une lancette il inocule les flancs d'un cobaye avec un fragment de crachats. Huit ou dix jours après, les ganglions inguinaux commencent à se prendre et on fait antiseptiquement l'extraction de l'un d'eux. On l'introduit dans un tube de verre stérilisé après l'avoir fragmenté par 2 ou 3 incisions. Avec un tube de verre, effilé à l'une de ses extrémités, le ganglion est dilacéré et mélangé à de l'eau stérilisée en petite quantité. On aspire le liquide à l'aide d'une pipette et on l'ensemence dans des ballons contenant du bouillon glycériné. Les parties les plus épaisses sont déposées sur sérum ou agar et toutes les cultures sont mises à l'étuve à 38°. Dans presque tous les cas, des cultures pures se développent au bout de 10 ou 15 jours.

On comprendra aisément comment ce procédé est rationnel. Généralement, après l'inoculation du cobaye, la petite plaie se cicatrise très vite, les microbes vulgaires sont rapidement détruits par les éléments lymphatiques, les phagocytes, etc. ; mais le bacille tuberculeux résiste et se développe dans les ganglions, où on le trouve à l'état pur. DAURIAC.

Jardin d'Acclimatation du Bois de Boulogne.

En créant le Palais d'hiver qui a été solennellement inauguré le 4 mars 1893, par le Président de la République, la Société du Jardin Zoologique d'Acclimatation a voulu pouvoir abriter ses visiteurs pendant la mauvaise saison et réunir en tout temps, dans un ensemble de constructions élégantes et d'un accès facile, diverses attractions capables d'intéresser et de distraire tout en instruisant le grand public. Le Palais d'Hiver est formé : De serres chaudes, froides et tempérées, où sont réunis les végétaux les plus rares des deux mondes ; du Palmarium, grande salle longue de 50 mètres et large de 25, plantée de cocotiers hauts de 12 mètres, de palmiers et de bambous. Le Palmarium sert de salle de concert en semaine; de la grande salle qui peut contenir 8.000 personnes et doit servir à faire des exhibitions ethnographiques, des expositions de toutes sortes, des conférences avec projections et des concerts; d'un aquarium comprenant des bassins d'eau douce et d'eau de mer, assez vastes pour contenir des êtres marins que l'exiguïté des anciens locaux ne permettait pas jusqu'ici de faire vivre en captivité ; d'une galerie dans laquelle prendront place des collections très importantes d'oiseaux d'ornement ; d'une salle pour l'enseignement du dessin d'après nature ; de salles dans lesquelles seront donnés des cours ayant pour objet les applications des sciences naturelles.

Les vitrines de la grande salle présenteront au public les produits que donnent les animaux et les plantes utiles.

Il y aura aussi dans le Palais d'Hiver des locaux spacieux à l'usage de café-restaurant. Cet ensemble de constructions couvre une surface de près de huit mille mètres. Commencés en 1890, les travaux ont été achevés en 1893. Mais nous voulons surtout nous occuper ici des concerts qui seront donnés dans le Palais.

Les concerts du Palmarium pourraient être appelés des *concerts-promenade*. Les abonnés du jardin viennent s'asseoir sous l'ombrage des grands cocotiers et des palmiers, ou dans les tonnelles de bambous ; les enfants jouent ; les femmes causent et travaillent ; c'est comme un grand salon qui peut donner l'illusion d'un éternel printemps, car la température y est douce, les arbres toujours verts et les massifs toujours ornés de fleurs nouvelles.

Les *concerts populaires du dimanche* sont donnés dans la Grande Salle pendant la mauvaise saison. En été, lorsque le temps le permettra, l'orchestre se fera entendre en plein air.

Dans les concerts populaires du dimanche, on exécute les œuvres des maîtres les plus connus : Des ouvertures, des fantaisies, de la musique de genre ; en un mot, de la musique facile et aimable. L'accueil fait à ces concerts par le public du dimanche donne la confiance qu'ils seront assidûment suivis. Les *auditions* du *mercredi* s'adressent à un public plus initié aux choses de la musique. On y entendra les œuvres classiques des maîtres anciens et modernes. On espère que le public prendra plaisir à la partie historique des programmes. Les œuvres des jeunes compositeurs auront également leur place aux auditions du mercredi. Ainsi compris, ces concerts auront certainement l'approbation de tous ceux qui s'intéressent au progrès de l'art musical.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 29. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Marie. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Tillaux, Marchand, Jalaguier. — (2e *série*) : MM. Terrier, Reynier, Ricard. — (2e *partie*) : MM. Straus, Dejerine, Chauffard.

MARDI 30. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy, Gley, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. G. Sée, Letulle, Ménétrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Guyon, Le Dentu, Brun. — (2e *série*) : MM. Le Fort, Duplay, Schwartz. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Joffroy, Gilbert.

MERCREDI 31. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Ricard, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Potain, Dejerine, Gaucher. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Reynier, Tuffier. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Fournier, Brissaud, Netter. — (2e *série*) : MM. Straus, Chauffard, Marie. — 1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Delbet, Varnier.

JEUDI 1er. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy, Letulle, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Gilbert, Marfan.

VENDREDI 2. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Ch. Richet, Reynier, Retterer. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — (2e *série*) : MM. Terrier, Jalaguier, Ricard. — (2e *partie*) : MM. Potain, Brissaud, Chauffard. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

SAMEDI 3. — 4 *de Doctorat* : MM. Bouchard, Gilbert, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Panas, Schwartz, Albarran. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Nélaton, Brun. — (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Laboulbène, Joffroy, Charrin. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Ballet, Chantemesse. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 31. — M. Sainton. Anatomie de l'articulation de la hanche chez l'enfant. Luxations congénitales de cette articulation. M. Matton. Epanchements traumatiques de sérosités. — Mademoiselle Kohan. Contribution à l'étude du traitement des abcès froids; nouveau procédé d'ablation complète.

JEUDI 1er. — M. Charuel. De la simulation de la folie chez les aliénés. — M. Maupate. Recherches d'anthropologie criminelle chez l'enfant (criminalité et dégénérescence). — M. Bossis. Tuberculose de l'iris. — M. Camus. Du traitement des calculs vésicaux chez la femme. — M. Silva. Etude sur le procédé de Treub, dans l'accouchement prématuré. — M. Leclezio. Crises gastriques. — M. Schmitt. Sur quelques causes d'erreurs dans le diagnostic des kystes hydatiques du foie. — M. Fleury. Codex et thérapeutique. Propositions pour le supplément de Codex medicamentarius.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. (*Médecine opératoire*). — M. le Dr F. BOÉ a commencé un cours particulier de médecine opératoire à sa clinique, Impasse Nicole, 5, près le boulevard de Port-Royal, le mardi 23 mai, à 5 h. du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. S'adresser à la clinique de 1 h. à 3 h. ou de 5 à 7 h. tous les jours.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX a recommencé son cours pratique de technique microscopique et de manipulations le jeudi 27 avril, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et repètent eux-mêmes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit 17, rue du Louvre, de midi et demi à une heure et demie.

Maladies du Larynx, du Nez et des Oreilles. — M. le Dr CASTEX : Clinique, 52, rue Jacob, mardis, jeudis et samedis, à 3 h.

Examen des malades et opérations à partir de 3 h. 1/2. On s'inscrit 52, rue Jacob, les mêmes jours, de 3 h. à 5 h.

Clinique des enfants et orthopédie. — M. le Dr BILHAUT, à l'Hôpital international, 9 et 11, rue de la Santé ; les vendredis et lundis, à 4 heures.

Ophtalmologie. — MM. les Drs ROCHON-DUVIGNEAUD et TERSON ont recommencé, le vendredi 7 avril, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, un *cours pratique d'ophtalmologie* qui comprendra : 1° *Ophtalmologie et réfraction* (avec malades) ; 2° *Anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes* (avec démonstration de pièces histologique, technique, histologique et bactériologique spéciales) ; 3° *Médecine opératoire* (avec exercices). Les cours ont lieu tous les jours à la même heure et dureront 6 semaines. S'inscrire d'avance à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, tous les matins.

Nous venons de recevoir une lettre de M. l'abbé Garnier en réponse au Bulletin paru dans le n° 20. Nous la publierons dans le prochain numéro.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 14 mai 1893 au samedi 20 mai 1893, les naissances ont été au nombre de 1140 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 431 ; illégitimes, 144. Total, 575 — *Sexe féminin :* légitimes, 441 ; illégitimes, 154, Total, 565.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,225,910 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 mai 1893 au samedi 20 mai 1893, les décès ont été au nombre de 1032 savoir : 531 hommes et 501 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 1, T. 7. — Typhus : M. 2, F. 0, T. 2. — Variole : M 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 6, F. 13 T 39. — Scarlatine. M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 9, F 13, T. 22. — Diphtérie, Croup : M. 12, F. 11, T. 23. — Grippe : M. 5, F. 13. T. 18. — Phtisie pulmonaire : M. 118, F. 73, T. 191. — Méningite tuberculeuse : M. 13, F. 9. T. 22. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 4. T. 9 — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 11, T. 14. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 29, T. 42. — Méningite simple : M. 9, F. 11, T. 20. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 16, F. 16, T. 32. — Paralysie, M. 4, F. 4, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 8, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 36, T. 58. — Bronchite aiguë : M. 17, F 8, T. 25 — Bronchite chronique. M. 13, F 17 T. 30 — Broncho-Pneumonie : M. 21, F. 19. T. 40. — Pneumonie : M. 33, F. 52. T. 85. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 28, F. 19, T. 47. — Gastro-entérite, biberon. M. 17 F. 12. T. 20 — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 5, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 1, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F 7 T. 7 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1 — Débilité congénitale : M. 19, F. 14 T. 33 — Sénilité : M. 15, F. 23, T 38. — Suicides : M. 9, F. 7, T. 16. — Autres morts violentes. M. 9, F. 2, T. 11. — Autres causes de mort : M. 89, F. 57, T. 146. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 13. Total : 41. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illegitimes, 4. Total : 30.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Herborisations.* — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 28 mai 1893, à Buc. Rendez-vous à la gare Montparnasse, à 11 h. 40, pour le train partant de Paris, à midi 5, pour la station de Versailles. Retour par Saint-Cyr.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPERIEUR. — *Cours d'hygiène sociale.* — Professeur : M. le Dr A.-J. MARTIN. — La conférence pratique du dimanche 28 mai 1893 aura lieu aux écoles municipales de la rue Saint-Lambert (XVe arrondissement), à 9 h. et demie très précises du matin.

CONCOURS. — *Bureau Central (Chirurgie).* — MM. Albarran, Delbet, Demoulin, Faure, Lyot, Rochard, Sebileau, Unery, sont admissibles aux épreuves définitives du concours de chirurgien au Bureau central.

Prosectorat. — La 1re séance du concours de prosectorat s'est tenue le 25 mai à la Faculté de médecine. La question suivante est sortie de l'urne : *Anatomie descriptive de la moelle. De l'action réflexe. Spina bifida.* — Le jury est ainsi composé : MM. Le Fort, Tillaux, Farabeuf, Charles Richet, Poirier.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE. — La 3e Session se tiendra à Paris du 27 juillet au 2 aout, sous la présidence du Pr Verneuil.

HYGIENE INDUSTRIELLE. — La loi concernant le travail des femmes et des enfants interdit aux enfants au-dessous de 14 ans de porter des fardeaux au-dessus de 10 kilog. Aux enfants de 14 ans à 18 ans de porter des poids au-dessus de 15 kilog. Aux jeunes filles au-dessous de 16 ans, elle permet de porter 5 kilog. De 16 à 18 ans, 10 kilog.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE. — Les Drs Girode, Deschamps et Wurtz, anciens internes des hôpitaux de Paris, sont nommés pour trois ans auditeurs près le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

LE CHOLÉRA. — Depuis 10 mois, le choléra a fait 100.000 victime en Perse.

En Russie, le choléra est signalé au Centre et au Sud de l'empire, depuis la Podolie, sur la frontière Austro-Hongroise, jusque sur les confins de la Russie Sibérienne.

En France, on a observé 12 décès cholériques du 1er au 6 mai, dans le Morbihan ; 13 décès ont eu lieu en Vendée, dont 8 aux Sables-d'Olonne ; 3 cas se sont montrés à l'île d'Yeux.

UN HÔPITAL FRANÇAIS A BRUXELLES. — On est sur le point d'édifier à Bruxelles un hôpital français par souscription. Le terrain choisi est situé à Saint-Gilles, près du parc Royal.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE. — Le tribunal de la 10e chambre a ordonné hier la fermeture immédiate de la pharmacie ouverte passage de l'Opéra, au n° 26 de la galerie du Baromètre. M. Pothonier, qui exploitait cette pharmacie au profit d'un marchand de tapisseries, nommé Lecau, n'étant que pharmacien de 2e classe, n'avait pas le droit d'exercer à Paris. Il a été de ce chef condamné à quinze jours de prison, à 500 francs d'amende et aux frais ; Lecau, le réel propriétaire, a été condamné à 500 francs d'amende. L'instruction de cette affaire avait été confiée à M. Clément, commissaire de police aux délégations judiciaires.

LE SECRET PROFESSIONNEL DES DIRECTEURS D'HOPITAUX. — L'article 378 du Code pénal érige en délit le fait d'avoir révélé des secrets lorsqu'on appartient à la catégorie des personnes énumérées par le législateur et qui sont les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens et les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie. La question est depuis longtemps jugée pour le prêtre, le magistrat, l'avocat, le notaire, etc., mais jamais, jusqu'à présent, le débat n'avait été soulevé pour un directeur des hospices. Voici le fait : M. Moinet, directeur des hospices de Rouen, appelé comme témoin chez un juge d'instruction, refusa de répondre à ces trois questions : X... a-t-il été à l'hospice ? — Quelle date d'entrée ? — Quelle date de sortie ? La Cour de cassation vient de décider que la seule circonstance d'avoir été admis à l'hospice ne rentre pas dans la série des faits ayant un caractère confidentiel pouvant motiver le silence du directeur. Par conséquent et *a priori*, le directeur ne peut se dispenser de donner le renseignement à la justice en s'abritant uniquement derrière la nature de sa fonction. Mais le même arrêt ajoute qu'un directeur peut être considéré comme tenu d'observer le secret professionnel dans les cas qui concernent la sécurité des malades et l'honneur des familles.

LES FEMMES A L'UNIVERSITÉ DE LONDRES. — Le rapport annuel que vient de publier l'Université de Londres a dû convaincre le public de l'extrême injustice et de la folie de l'ancien système qui exclut les femmes de tous les honneurs universitaires. Le vice-chancelier a exprimé la satisfaction que devait éprouver tout homme cultivé en constatant qu'un très grand nombre de femmes viennent de passer de brillants examens à l'Université de Londres : « C'est une des meilleures garanties que nous puissions avoir, a-t-il dit, des progrès de l'éducation pendant la prochaine génération. » Sur 472 étudiants qui se sont tirés à leur honneur de l'épreuve des examens, il y avait 101 jeunes filles. Les étudiantes ont remporté les premiers prix dans six des matières sur lesquelles elles ont été examinées : la science morale, la physiologie, le français, l'anglais, l'allemand et la botanique.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — *Programme des concours.* — Déterminer par des recherches nouvelles les proportions d'alcaloïdes ou de glucosides contenues dans les préparations galéniques de la pharmacopée belge. Prix : 500 francs. Clôture du concours : 1er février 1894. — Étude des causes et de la prophylaxie de la mortalité infantile déterminée en Belgique par les affections des voies digestives. Prix : 600 francs. Cloture du concours : 15 janvier 1895. — Faire l'étude pathogénique et clinique des névroses traumatiques. Prix : 600 francs. Cloture du concours : 15 février 1895. — Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie. Prix : 4,000 francs Cloture du concours : 1er février 1894. Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix

de 4,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie. — *Prix fondé par le Dr Costa Alvarenga.* Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques. « Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital. » Prix : 750 francs. Clôture du concours : 1er février 1894.

MONUMENT STAS. — Il y a un an que la science perdait dans la personne de Jean-Servais STAS l'une de ses plus hautes illustrations. Les recherches de Stas sur les poids atomiques, sur les lois des proportions chimiques, sur la nicotine et les alcalis organiques, sur la constitution de la matière, sur la lumière solaire, l'ont placé, dès le début, et maintenu jusqu'au terme de sa carrière au premier rang des maîtres de la chimie moderne. La mémoire de tels hommes ne saurait être trop honorée. Le vrai monument qui la consacre, ce sont leurs œuvres. Malheureusement les exemplaires des ouvrages de Stas sont devenus rares. Le premier devoir que ses amis et ses admirateurs voudront sous ce rapport remplir envers lui, c'est d'assurer par une large diffusion la perpétuité de ses travaux. Une édition nouvelle, groupant ses mémoires, notes et rapports, épars dans cinquante volumes, les reproduisant sous un format plus maniable, d'un tirage plus étendu, est une entreprise nécessaire. Un monument commémoratif complètera cet hommage : il rappellera une vie toute de dévouement à la science et au bien. Afin de réunir les ressources relativement considérables qui seront nécessaires pour élever ce monument et rééditer l'œuvre de Stas, nous venons faire un chaleureux appel au concours de tous ceux qui s'intéressent au progrès de la science qui est aussi le progrès de l'humanité. Les adhésions et souscriptions sont reçues par M. L. Errera, 1, place Stéphanie, à Bruxelles.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MAQUART, d'Auvillers-les-Forges. — M. le Dr FAYOLLE, de Dun. — M. le Dr LAUNAY, directeur de la Santé au Havre. — M. le Dr VALIN, de Fécamp — M. le Dr ROBERT, de Bordeaux. — M. le Dr LE COMTE, de Vitteaux. — M. le Dr VINCENT, de Guéret. — M. le Dr HUMBERT, de Rive-de-Giers. — M. le Dr FAURE, de Marseille. — M. le Dr FOUCHER, de Saint-Mandé. — M. le Dr COMBASSADES, du Vigan. — M. le Dr S[illegible]LNITZBER, professeur extraordinaire de laryngologie à la Faculté de Vienne. — M. le Dr MOLESCHOTT, professeur de physiologie à l'Université de Rome. — M. le Dr FELTZ qui vient de mourir était depuis 1872 professeur d'anatomie et de physiologie anatomiques à la Faculté de médecine de Nancy. Il était né à Hett[illegible], ancien département du Haut-Rhin, le 8 janvier 1835. Il avait fait à Strasbourg toutes ses études médicales. L'éloge de sa haute valeur scientifique et de son caractère n'est plus à faire ; qu'il nous suffise de dire que son nom restera parmi les plus éminents des Facultés de médecine de Strasbourg et de Nancy. — M. le Dr VIALLAMES, docteur ès sciences, répétiteur à l'École des Hautes-Études, décédé à Dijon. — M. le Dr KOEHLER, de Nancy.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* M. le Dr CHARCOT. Leçons le mardi à 9 heures 1/2. — *Maladies nerveuses et mentales.* MM. JOFFROY et Jules VOISIN : le jeudi et samedi de chaque semaine, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales.* — M. Auguste VOISIN, le dimanche, à 10 heures.

HÔPITAL RICORD. — *Syphiligraphie.* — M. le Dr Charles MAURIAC : le samedi à 9 heures 1/2 du matin. — M. HUMBERT : le mardi, à 9 h. 1/2.

HÔPITAL LAENNEC. — *Clinique chirurgicale* : M. le Dr [illegible], le samedi à 9 h. 1/2, salle du Musée. — *Médecine pratique.* — Le Dr Landouzy, professeur agrégé de la Faculté de [illegible], médecin de l'hôpital Laennec, a commencé, le [illegible], un cours de médecine pratique. Le jeudi : le [illegible] 10 [illegible] leçon à l'amphithéâtre (clinique). Le vendredi : D[illegible] 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (microb[illegible]). Le samedi : Dr [illegible] 10 [illegible] meiotique). Le lundi : Dr Qu[illegible], 10 [illegible] théâtre (microbiologie clinique). Le [illegible], 10 [illegible] : [illegible] tation, le mercredi, 9 h. 1/2 : examen des [illegible]. [illegible] le vendredi : Dr Queyrat, 2 heures, exercices pratiques de [illegible]rioscopie appliquée au diagnostic des maladies [illegible] térie, tuberculose, fièvre typhoïde, pneumonie, [illegible] etc., etc.) Le cours complet durera [illegible]; pour les exercices pratiques de microbiologie au laboratoire, [illegible] limitées, s'inscrire d'avance, au laboratoire [illegible], le [illegible] à 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J. RUEFF et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

AUVARD (A.) et CAUBET (E.). — Anesthésie chirurgicale et obstétricale. Volume in-12 cartonné de 268 pages, avec 26 figures. — Prix . . . . 3 fr. 50

BASTIAN (H.-Ch.). — Various forms of hysterical or functional paralysis. Volume in-8 cartonné de 199 pages. — London, 1893. — H.-K. Lewis.

DOLÉRIS. — L'Enseignement de la gynécologie en France. Brochure in-8 de 55 pages. — Clermont (Oise). 1892. — Imprimerie Daix.

GASSER (J.). — Les causes de la fièvre typhoïde. Volume in-12 cartonné de 182 pages, avec 4 figures dans le texte. — Prix. 3 fr. 50

JUHEL-RÉNOY. — Traitement de la fièvre typhoïde. Volume in-12 cartonné de 212 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

PATAIN (G.). — Les purgatifs. Volume in-12 cartonné de 222 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

TROUESSART. — La thérapeutique antiseptique. Volume in-12 cartonné de 280 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

PLICQUE (A.-F.). — Précis de diagnostic chirurgical (examen clinique, pronostic, traitement). Volume in-8 de 693 pages. — Prix . . . . 8 fr.

SEBILEAU (P.). — Démonstrations d'anatomie (Région temporale, Région parotidienne, Région sus-hyoïdienne, Région sus-claviculaire, Région sous-clavière, Région mammaire, Région costale). Vol. in-8 de 360 pages, avec 47 figures. — Prix. 10 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS — IMP. V. GOUPY, RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. No 22. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 3 JUIN 1893.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Faux rétrécissements de l'urèthre (*fin*) (1);

par le Dr **RELIQUET** et **A. GUÉPIN**, interne des Hôpitaux.

La connexion qui existe entre l'anus et l'urèthre, la synergie dans les contractions de l'anus et de l'urèthre expliquent comment la contracture douloureuse de l'anus que nous appelons fissure à l'anus peut provoquer du côté du canal un état spasmodique et des troubles de miction. Les faits de ce genre ne sont pas rares. Il y a bien longtemps, M. Maisonneuve conseilla de faire la dilatation forcée de l'anus chez les individus atteints d'hypertrophie prostatique ; il avait remarqué que les malades urinaient mieux après. La cessation de la contraction énergique de l'anus semble rendre plus difficile la contraction de l'urèthre. Les faits de fissure à l'anus dans lesquels des troubles de miction ont été observés démontrent l'utilité de l'intervention chirurgicale sur l'anus dans certains cas d'excitation de l'urèthre.

Au nombre des causes de contracture permanente de l'urèthre nous devons placer la station debout prolongée et le travail constamment debout. Trois observations en sont rapportées dans les leçons sur les maladies des voies urinaires (p. 121).

Observation XII. (M. Reliquet.)

Eczéma de l'anus, du périnée et des bourses avec hémorrhoïdes très gonflées et douloureuses.

En 1889, un homme solide, âgé de 50 ans, se présente chez moi atteint de rétention d'urine. Je lui passe après quelques tâtonnements une bougie no 3, par-dessus laquelle l'urine s'échappe lorsqu'on la retire pour placer son extrémité effilée dans le point rétréci, au moment de l'accès douloureux du besoin d'uriner. Cette petite manœuvre — dont la description est dans mon traité des opérations — répétée quatre fois avec intervalles de repos, fait cesser l'angoisse douloureuse de la rétention d'urine et permet d'examiner le malade. L'anus, le sillon interfessier, le périnée, les bourses et la portion supérieure de la face interne des cuisses sont le siège d'un eczéma humide, intense et très douloureux. Les démangeaisons sont par moments très violentes, surtout lorsque le malade reste assis longtemps, ce que sa profession de musicien exige. Avec cela, il y a d'énormes bourrelets hémorrhoïdaux tendus et douloureux. Je continue à vider la vessie par-dessus la petite bougie que je fixe à demeure. Bientôt l'urine s'écoule facilement par dessus. Je fais prendre au malade des grands lavements d'eau tiède avec la longue canule en gomme. Les surfaces eczémateuses sont lotionnées plusieurs fois par jour avec de l'eau boriquée très chaude. Dès le lendemain, le malade urine beaucoup mieux et je passe jusqu'au no 10. En trois jours, depuis l'accès de rétention d'urine, j'arrive au no 17. Quatre jours après, on passait facilement jusqu'au no 22.

Voilà un fait où l'eczéma généralisé de l'entre-jambes a déterminé, à n'en pas douter, un spasme de l'urèthre simulant un rétrécissement organique.

Dans une observation (*Leçons sur les maladies des voies urinaires*, p. 127), la contracture de l'urèthre reconnaissait pour cause le séjour prolongé des membres inférieurs dans l'eau froide. Il s'agit d'un charpentier qui, lors d'inondations, était resté plusieurs jours de suite les membres inférieurs dans l'eau pour construire des passerelles ; il se plaignait d'envies fréquentes d'uriner, d'être obligé de pousser violemment pour expulser le peu d'urine qu'il pouvait évacuer. Et chaque miction était suivie d'une douleur qui se prolongeait pendant trois ou quatre minutes. Il m'affirma qu'il n'avait jamais eu de chaudepisse. Je passai une bougie no 9 ; je pris une sonde de même numéro et je vidai la vessie qui contenait environ 700 gr. d'urine. Je voulus passer une sonde plus grosse, mais elle était serrée à la portion membraneuse. Le lendemain, le malade me raconta qu'il urinait beaucoup mieux, et, en effet, les sondes de la veille passaient facilement et je pus introduire sans difficulté le no 20. Mais il y avait toujours une douleur assez vive à la fin de la miction. Je passais des cathéters Beniqué de plus en plus volumineux jusqu'au no 45. Malgré cela, la douleur après la miction persistait et cependant la vessie se vidait bien. Craignant alors la présence d'un calcul, je fis l'examen avec un petit brise-pierres explorateur. Je ne trouvai rien dans la vessie. Profitant de la présence de mon brise-pierres dans l'urèthre, je fis la dépression de la paroi inférieure du canal avec mon instrument. Après cette petite opération, les douleurs de la fin de la miction diminuèrent. Je fis alors des applications de courant électrique continus descendants sur la moelle qui complétèrent la guérison.

Certains troubles des fonctions génitales, volontaires ou involontaires, ont une action marquée sur la production des spasmes de l'urèthre. C'est pourquoi nous devons parler de l'érection prolongée qui parfois provoque une rétention d'urine complète ; le mécanisme de production des spasmes de l'urèthre dans les cas de masturbation doit être celui de l'érection prolongée. Quelle que soit la théorie admise, il est certain que pendant l'érection complète tous les muscles de l'urèthre sont contractés énergiquement. Si cet état de contraction est maintenu pendant un temps assez long, on voit se produire la rétention d'urine.

« Un malade, âgé de 49 ans, m'envoie chercher au milieu de la nuit et me raconte de suite ses agissements de la soirée depuis lesquels la rétention d'urine était complète. Il n'avait aucune espèce d'irritation du gland due au prépuce, n'avait jamais eu de chaudepisse, n'était pas constipé. Antérieurement aucun trouble de miction n'existait. Je ne pus le cathétériser qu'avec une sonde en métal de petit calibre à courbure courte, mais arrondie, sonde à laquelle Caudmont a donné son nom. Les grosses sondes en gomme ou la sonde volumineuse à grande courbure de Gely étaient manifestement arrêtées dans la région membraneuse qui saignait avec la plus grande facilité. La sonde de Caudmont, d'un calibre beaucoup plus faible (no 15), très courbée, a pu franchir l'urèthre et passer par-dessus le col de la vessie qui était très élevé. » (Leçons, p. 111 et 112).

Un fait plus fréquent est celui de troubles fonctionnels volontaires dans le coït consistant à éjaculer en dehors de la femme. Le coït incomplet, loin de diminuer les troubles fonctionnels chez les malades qui ont déjà des troubles de la miction, les aggrave, tandis qu'au contraire le coït complet provoque une amélio-

(1) Voir *Progrès médical*, no 20.

ration considérable dans leur état. C'est certainement à l'état persistant du demi-éréthisme qui fait suite au coït incomplet que l'on doit attribuer le spasme de l'urèthre. « Un homme d'une quarantaine d'années m'est adressé par mon maître, M. Bazin. Il me raconte son histoire. Comme toujours, il se croit atteint de rétrécissement de l'urèthre et il me dit qu'il a des difficultés pour uriner depuis longtemps. Interrogé sur ses fonctions génitales, il ajoute que, depuis son mariage qui remonte à plusieurs années, il ne coïtait pas complètement, parce qu'il était syphilitique, mais qu'il n'avait jamais eu de chaudepisse. Je le sonde avec un instrument en gomme n° 15 ; je constate que la vessie ne se vide pas ; la quantité d'urine retirée étant beaucoup plus grande que celle évacuée par le malade à chaque miction. Le malade, très pressé de retourner chez lui, je lui passe un petit brise-pierres explorateur et je déprime la lèvre inférieure du col vésical. Je revois, le lendemain, le malade qui urine déjà beaucoup mieux. Un mois après, il m'écrivait qu'il n'éprouvait plus de gêne pour uriner, toutes ses fonctions étant complètes » (Leçons, p. 114).

Le spasme de l'urèthre simulant le rétrécissement du canal en provoquant les troubles fonctionnels caractéristiques peut se rencontrer encore chez les sujets qui ont l'*urèthre pudique*, qui ne peuvent uriner qu'étant isolés (Leçons 121), et cet état tout à fait spécial nous amène à parler des faux rétrécissements qui sont liés à une affection du système nerveux.

Il peut se faire, par exemple, que chez un malade qui offre à la fois les signes du rétrécissement faux et sa cause probable, — soit un prépuce étroit et court, soit un méat étroit et placé haut sur le gland, etc., — il peut se faire que le débridement du prépuce ou du méat amène une amélioration passagère bientôt suivie de la réapparition des accidents.

On doit alors chercher du côté du système nerveux.

Observation XIII. (M. Reliquet.)

M. X..., 32 ans, vient à Paris pour se faire soigner d'un rétrécissement de l'urèthre. Il en a les troubles fonctionnels ; les mictions sont fréquentes et difficiles, la vessie ne se vide pas. Le prépuce étroit et court bride le gland. De chaque côté du frein s'échappe le liquide de la balano-posthite. Le débridement simple du prépuce par incision supérieure permet de passer, séance tenante, le n° 20. Immédiatement la miction devient normale. Ce mieux dans la fonction urinaire dure pendant quinze jours après le débridement, puis apparaissent les accidents épileptiques auxquels le malade est sujet (vertiges, secousses cloniques sans perte de connaissance, — il n'y a pas d'attaque complète).

Dès que, sous l'influence du traitement médical, les accidents épileptiques diminuent, l'amélioration de la miction s'établit et devient complète quand les accidents nerveux disparaissent.

Le spasme violent de l'urèthre pouvant aller jusqu'à provoquer la rétention d'urine, se rencontre encore dans différentes affections spinales ou cérébro-spinales. « J'ai observé — (Leçons, p. 122) — un cas curieux de contracture de l'urèthre au niveau de la portion membraneuse avec diminution de calibre chez un malade atteint de myélite. Je suis appelé par mon confrère le Dr Loquet, près d'un malade atteint de rétention d'urine. Il s'agissait d'un voyageur de commerce ayant des habitudes alcooliques. Il avait eu de nombreuses chaudepisses antérieures. Le malade était couché et n'avait pas uriné depuis douze heures.

Je parviens à introduire dans la vessie une petite bougie n° 2. Pour m'assurer du siège du rétrécissement, je visse sur la bougie une sonde en gomme et je pousse le tout dans l'urèthre. La sonde en gomme est arrêtée d'une façon très nette au niveau de la portion membraneuse. Cette manœuvre surexcite l'envie d'uriner. Je retire la sonde que je dévisse de la bougie. Puis je retire la petite bougie jusqu'à ce que son extrémité seule soit dans l'orifice rétréci et il s'échappe une petite quantité d'urine. Je remets la bougie en place. Je la fixe et je prie mon confrère de répéter la manœuvre que je venais d'exécuter pour faire uriner le malade, s'il ne pouvait pas chasser l'urine par-dessus la bougie en place.

Je quitte mon confrère en lui donnant rendez-vous au lendemain matin pour faire l'uréthrotomie interne tant j'étais convaincu d'avoir affaire à un rétrécissement très étroit de l'urèthre. Le lendemain le malade avait uriné par dessus la bougie et celle-ci était tellement libre dans l'urèthre que j'en fus étonné. Je repris la sonde, je la vissai sur la bougie, je poussai le tout dans l'urèthre et j'arrivai, sans rencontrer d'obstacle, jusque dans la vessie d'où je retirai 500 grammes d'urine. J'y fis une injection d'eau tiède, je retirai la sonde qui n'avait guère que le calibre 16 et la bougie à sa suite. Je pris alors des sondes coudées et je pus introduire dans la vessie un n° 23 ; je vidai la vessie de l'eau que j'y avais injectée. Je dis au malade de venir me voir, le lendemain, chez moi. A son arrivée, je fus frappé de la façon dont il marchait (jusque-là je ne l'avais vu que couché). Il s'appuyait fortement sur une canne et traînait les jambes comme dans la myélite. Le moindre pincement aux membres inférieurs provoquait un mouvement réflexe considérable du membre pincé. La pression sur la dernière vertèbre dorsale et la première lombaire provoquait une douleur vive. Préoccupé de la stagnation d'urine le malade étant debout je le sondai, je fus tout étonné de trouver la vessie entièrement vide. Le malade me dit qu'il avait uriné immédiatement avant de monter chez moi. »

De même l'ataxie peut donner naissance à un spasme qui en imposera pour un rétrécissement vrai de l'urèthre. C'est là un fait très fréquent. « Un homme d'une quarantaine d'années vint me consulter pour des envies fréquentes d'uriner et des difficultés de la miction. A mon premier examen, je constatai que la sonde n° 14 était serrée au niveau de la portion membraneuse. Il aurait fallu forcer pour la conduire dans la vessie. Je pris une sonde conique olivaire comme la première, mais plus petite (n° 11), et je la conduisis facilement dans la vessie d'où il s'écoula presque un litre d'urine ; le malade était manifestement ataxique. L'incoordination du mouvement des membres inférieurs et les antécédents de douleurs fulgurantes ne laissaient aucun doute. Je me gardai bien de conclure au rétrécissement de l'urèthre. En effet, après trois cathétérismes faits chaque vingt-quatre heures avec les sondes-bougies, pour vider la cavité vésicale, je pus brusquement passer une sonde coudée en gomme, n° 21, sans rencontrer d'obstacle dans l'urèthre. J'appris même au malade à se servir de la sonde, la vessie contenant toujours une grande quantité d'urine, ce qui est une preuve que l'état de dilatation de la vessie n'est pas dû à un rétrécissement de l'urèthre, mais à l'affection de la moelle. Lorsque la stagnation d'urine est due à un rétrécissement organique seul, lorsque le calibre de l'urèthre a été rétabli, la vessie reprend peu à peu son pouvoir contractile et arrive à se vider. » (Leçons, p. 125-126.)

A la *Société de Médecine de Paris*, dans sa séance du 22 octobre 1887, M. Christian lut un mémoire sur « *les troubles nerveux de nature insolite qui signalent la première période de la paralysie générale.* » Parmi ces troubles, il en rappelle un certain nombre siégeant dans l'appareil uréthro-vésical. A propos de ce mémoire, M. Reliquet fit la communication suivante (1) :

« Le mémoire que vient de nous lire M. Christian a

(1) *Bulletin de la Société de Médecine de Paris.* Tome XXII, p. 231-235, 236.

une grande importance. L'auteur y attribue, et je crois avec raison, à la paralysie générale, des phénomènes prémonitoires très éloignés, ainsi que cela est démontré pour l'ataxie locomotrice.

J'ai observé plusieurs faits qui confirment les conclusions de notre collègue. Dans mes leçons sur les spasmes de l'urèthre et de la vessie, publiées en 1878, je relate l'observation d'un ancien officier, travaillant à la Bourse, qui, se portant ordinairement bien, sans manifestations douloureuses autres, de temps en temps était pris brusquement d'envies d'uriner impérieuses, incessantes, continues, très douloureuses, s'accompagnant d'un spasme de la vessie et de l'urèthre tel, qu'il y avait expulsion du sang. Cet état excessivement douloureux de la vessie et de l'urèthre était calmé par l'application des courants électriques continus.

A ce moment, pour moi, le diagnostic était : ataxie locomotrice. Six ans après, j'ai revu ce malade dans une maison de santé, il était paralytique général.

Pendant des années, j'ai eu à conseiller un de nos confrères. Un matin, à six heures, il arrive tout effaré chez moi me disant qu'il avait un rétrécissement de l'urèthre et qu'il fallait de suite, chez moi, lui faire l'uréthrotomie. En effet, la vessie était volumineuse, les douleurs et les accès douloureux de la rétention complète existaient. Je lui passai facilement une bougie n° 7 et il se mit à uriner assez librement. En le reconduisant, comme il demandait toujours l'uréthrotomie interne, je lui répondis : Nous verrons cela dans quelques jours.

Après deux passages de bougies un peu plus grosses je restai quatre ans sans que notre confrère me parlât de son rétrécissement, lorsque nous nous trouvons dans le même compartiment de chemin de fer. Malgré les personnes présentes, il me parla de son rétrécissement qui le gênait à nouveau et il me dit qu'il viendrait dans quelques jours pour que je lui fasse l'uréthrotomie interne.

Trois ans après, je suis appelé près de lui ; il était en plein délire, extrêmement agité. Il avait essayé de se sonder sans résultat. La vessie était très distendue. Je ne pus passer qu'une sonde n° 7 et encore elle était très serrée. L'urine s'écoula bien lentement par ce petit calibre. Les jours suivants tant que l'agitation dura, je ne pus pas passer de sonde plus grosse. Ce n'est qu'après huit jours, le sondant matin et soir pour le faire uriner, que je passai le n° 12 sans pouvoir aller au delà. Mais l'excitation diminue, il urine un peu seul et brusquement je peux conduire jusque dans la vessie le n° 20.

Pendant le coma qui précéda la mort, le n° 22 entrait sans rencontrer la plus légère résistance. Ainsi voilà un fait où les spasmes de l'urèthre produisant la rétention ont existé longtemps avant que l'affection cérébrale fut confirmée.

Il n'est pas toujours facile, au premier examen de l'urèthre, de dire d'une façon précise si oui ou non il s'agit d'un rétrécissement ou d'un spasme de l'urèthre du à une affection latente des centres nerveux. Pour en être convaincu, il suffit de voir le nombre très grand des malades qui après avoir été examinés par leurs médecins instruits et attentifs, viennent chez nous comme étant atteints de rétrécissement organique lorsqu'ils n'ont que du spasme de l'urèthre.

En réalité, l'obstacle matériel qui dans l'urèthre empeche de passer une sonde moyenne parce qu'elle est serrée, lorsqu'une plus petite passe facilement, en impose toujours et malgré tout fait croire à un rétrécissement. Il faut toujours un complément d'étude du malade pour chasser l'influence du fait matériel observé et pour reconnaitre qu'il y a spasme et non rétrécissement vrai.

On a bien vite dit : ce sont de faux urinaires; avec un peu d'habitude on les reconnait. Mais ce qu'il faut c'est que tous les médecins soient en garde contre ces faits de rétrécissement spasmodique et de douleurs violentes avec excitation de la vessie et de l'urèthre dus à une affection cérébro-spinale plus au moins caractérisée, pour qu'ils s'abstiennent de toutes manœuvres chirurgicales exploratrices ou curatives dont le seul résultat serait de rendre ces malades de vrais urinaires, en plus de leur affection des centres nerveux. »

C'est surtout lorsque l'affection cérébro-spinale ne se manifeste que par l'état spasmodique de l'urèthre et les troubles fonctionnels qu'il détermine, qu'il est difficile de diagnostiquer le faux rétrécissement. « Au début de ma pratique, avant 1870, j'ai observé un malade qui de temps en temps venait chez moi se disant atteint de rétrécissement de l'urèthre. En effet, lorsque les troubles de miction étaient suffisants pour le préoccuper, il venait demander le passage de la sonde. A ce moment il était rare que l'on put passer plus que le n° 10. Et en deux ou trois jours on arrivait aux sondes les plus volumineuses ; alors tout cessait. Ce malade que je rencontrais souvent dans le monde me parlait constamment de se soumettre à une opération pour guérir ce qu'il appelait son rétrécissement. Vers 1873, les douleurs fulgurantes vraies apparurent, l'évolution de l'ataxie se continua par les troubles moteurs et les phénomènes du côté des voies urinaires disparurent, l'ataxie locomotrice continuant à évoluer jusqu'à sa mort qui eut lieu en 1884. »

Voilà encore un malade chez lequel l'intervention opératoire aurait été certainement nuisible.

Nous avons rencontré ces phénomènes de spasme de l'urèthre avec impossibilté d'introduire la sonde de volume moyen pendant la durée du spasme, chez un malade qui, plusieurs années après, a été pris d'accidents hémiplégiques dus à une gomme cérébrale. A la suite du traitement anti-syphilitique il a guéri, il n'a plus eu aucune espèce de phénomène spasmodique de l'urèthre et la vessie se vidait alors complètement.

Nous avons certainement observé des malades, qui, ayant été atteints de ces spasmes de l'urèthre simulant les rétrécissements, ont subi des opérations dirigées contre le rétrécissement présumé. Nous croyons que chez eux les troubles d'irritation de l'urèthre dus à une véritable altération des parois du canal, ont été provoqués justement par ces interventions.

Les sécrétions muco-purulentes de l'urèthre et de la vessie se produisent avec la plus grande facilité chez les ataxiques et, chose bizarre, il nous semble que chez eux elles sont difficiles à faire disparaître par les moyens ordinaires qui réussissent si facilement chez les autres malades.

Il reste toujours ce point du réel diagnostic à faire. Dans tous les cas de spasme, simulant le rétrécissement, dus à un état particulier du système nerveux, il y a un fait capital. C'est que les troubles fonctionnels de la miction ne présentent pas la continuité, la permanence qu'ils ont toujours dans les cas de rétrécissement vrai de l'urèthre. Il est rare que l'urèthre reste contracté et s'oppose au passage des bougies de calibre moyen pendant plusieurs jours. Ce sont des accès de troubles fonctionnels, puis il y a ceci de caractéristique : C'est que du jour au lendemain on peut passer des sondes

beaucoup plus volumineuses sans qu'il soit possible de trouver la raison organique locale de ce fait.

Les conclusions [illegible] des idées générales [illegible]. Toutes les fois qu'une bougie à tête conique [illegible], toutes les fois qu'une [illegible], grosse, est serrée en un point de l'urèthre, [illegible] à l'existence d'un rétrécissement [illegible] canal de l'urèthre et souvent, par une intervention [illegible] immédiate, on agit contre [illegible].

Les faits typiques [illegible] nous aurions pu multiplier [illegible] façon positive combien [illegible] sement de l'urèthre [illegible] nous ont trompés, [illegible] si impératifs, ainsi [illegible] IX, X, que maintenant, [illegible], comme nous le faisons [illegible] olivaire, petite ou grosse, [illegible], engagée dans une section [illegible] par cette section même, [illegible] conclure immédiatement [illegible] cissement, ayant le calibre [illegible] serrée dans cette section [illegible].

1° Le rétrécissement [illegible] le calibre de la bougie.

2° Le rétrécissement [illegible] en réalité, le calibre de [illegible] peut être le siège d'un spasme [illegible] dérablement le calibre [illegible] et X.

3° Si fine que soit [illegible] étroite de l'urèthre, il [illegible] de nombreuses observations, [illegible] de l'urèthre, provoquant [illegible] soit exactement qu'un spasme [illegible] un point variable et [illegible] gnée du point étroit de l'urèthre.

Les observations I, II, III, IV, [illegible] trer l'exactitude de ces conclusions.

Aussi, depuis longtemps, [illegible] leçons sur les spasmes de l'urèthre [illegible] les leçons sur les stagnations [illegible], avant d'affirmer l'existence du rétrécissement [illegible] malgré les signes physiques [illegible] direct du canal avec la sonde, [illegible] parler nous cherchons [illegible] sujet il n'y a pas [illegible] la conclusion est le spasme de l'urèthre.

Si nous trouvons [illegible] et c'est là un des cas [illegible] paraître avant de faire [illegible] nuité du canal. C'est [illegible] qu'en débridant le méat, [illegible] tion des glandes de Tyson, [illegible] nante, l'étroitesse de l'urèthre [illegible] paraître [illegible] I, II, III, IV [illegible] que nous avons vu [illegible] rétrécissement chez [illegible] plusieurs opérations ([illegible] VII, VIII, IX, X).

De même on [illegible] spasmes tenant à un état [illegible] convoisins. Enfin on [illegible] l'état du système nerveux [illegible] cause de ce spasme de l'urèthre [illegible] ment.

Ici l'erreur est [illegible] pas possible [illegible]

les cas précédents [illegible] de l'affection [illegible]. Mais [illegible], il y a [illegible] [illegible] spasme [illegible] VII et [illegible].

Nous ne saurions trop mettre en garde nos confrères contre l'intervention opératoire directe dans ces cas de prétendus rétrécissements de l'urèthre. En raison [illegible], cette intervention opératoire directe sur ces parois de l'urèthre y provoque [illegible] un vrai rétrécissement de l'urèthre.

[illegible] qui sont dans [illegible].

CLINIQUE INTERNE

Obstruction intestinale par corps étrangers;

par le Pr SEVEREANU (de Bukharest).

Le Progrès médical du 14 janvier 1893, n° 2, contient une observation de M. le Dr Plicque sur l'*Obstruction intestinale par des corps étrangers.*

Ayant moi-même deux observations sur le même sujet, je m'empresse de vous les envoyer.

Obstruction intestinale par corps étrangers. — Guérison.

1re Observation.

Il y a [illegible] mandé dans un pensionnat de [illegible] une jeune fille de 12-14 ans, malade [illegible] sans vouloir nous dire [illegible] par nous [illegible] et avait des douleurs [illegible]. Nous eûmes beaucoup de difficultés [illegible] à se laisser examiner.

[illegible]

[illegible]

souffrait beaucoup et ne m'aidait guère, je n'ai pu compléter mon examen. Ni lui, ni sa famille, n'avaient souvenance qu'il eût ingéré quelques corps solides ou qu'il lui fût introduit quelque chose par voie rectale.

Me décidant à extraire le corps étranger et n'ayant sur moi qu'une trousse de poche, j'introduisis l'index de la main droite dans le rectum pendant qu'avec la gauche je glissai sur mon doigt une pince à pansement qui, en s'ouvrant, me servit comme dilatateur.

Avec l'index, en forme de crochet, j'ai essayé de pousser le corps étranger en dehors, mais, ne pouvant l'ôter de cette manière, je l'ai fixé avec la pince, tandis qu'avec le doigt je déplissais, au fur et à mesure, les plis de la muqueuse, jusqu'à ce que je l'aie extrait.

Aidé de quelques mouvements de va-et-vient, j'ai ôté le corps étranger, qui se trouvait être une vertèbre de dindon. C'est alors que le vieillard et sa famille se sont souvenus qu'un mois auparavant il avait mangé de la dinde et que, n'ayant pas de dents, il a avalé par mégarde une vertèbre cervicale. L'os a parcouru le tube digestif et ne s'est arrêté qu'à la partie inférieure de l'intestin, empêchant les matières fécales dans leur marche et causant tous les maux du vieillard. Après l'extraction du corps étranger, le patient alla plusieurs fois à la selle et sa santé se rétablit.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La laïcisation des hôpitaux devant les électeurs parisiens.

Voici la lettre de M. Garnier, prêtre, dont nous avons signalé la réception dans notre numéro du 27 mai (p. 415).

Paris, le 24 mai 1893.

Monsieur le Directeur,

Dans votre dernier article sur la « Laïcisation des Hôpitaux » vous avez la bonté de vous occuper de ma personne et de mes actes, et comme vos réflexions ont besoin d'être considérablement redressées, vous ne serez pas surpris que j'use de mon droit et que j'exige l'insertion complète de cette réponse dans le plus prochain numéro du *Progrès Médical*.

* * *

Le fond de l'article que vous avez inséré et qui est signé Bourneville peut se résumer ainsi : Aux élections municipales, l'attention des électeurs a été attirée sur la réintégration des sœurs dans les hôpitaux laïcisés : or, les candidats favorables à cette réintégration n'ont pas obtenu la majorité, mais seulement 75,000 voix, dites-vous; donc il faut laïciser tous les hôpitaux sans aucune exception. Voilà votre raisonnement.

Quand même le chiffre que vous donnez serait exact, votre conclusion est injuste. Comment, voilà 75,000 familles qui demandent à être soignées par les sœurs (1), et sous prétexte qu'elles ne sont pas la majorité, vous les envoyez promener (*sic*)? Mais c'est la plus odieuse des tyrannies de la part des hommes qui se disent les vrais et les seuls amis du peuple! Ne peut-on pas laisser les laïques dans la plupart des hôpitaux et mettre des sœurs ailleurs pour ceux qui en veulent?

Jamais les catholiques, quand ils étaient les maîtres, n'ont méprisé la liberté publique comme le font vos prétendus libéraux : quatorze hôpitaux (2) n'ont jamais eu que des laïques et personne ne s'en plaignait, parce que le personnel était chrétien (1).

* * *

Mais les chiffres que vous donnez ne sont pas exacts. Déjà avec 75,000 nous serions en grand progrès, puisqu'il y a trois ans, 34,000 électeurs seulement avaient soutenu la cause des sœurs et des malades. Vous devez reconnaître que votre œuvre de laïcisation est loin de gagner dans l'estime publique.

Au lieu de 75,000 voix, il faut cependant que vous vouliez bien nous en reconnaître plus de 120,000. Vous avez été induit en erreur (2), parce que vous avez cru que, dans chaque quartier, un seul candidat était favorable à la réintégration. Le comité n'en soutenait qu'un, en effet, mais il y en avait souvent deux, parfois trois, dont il faut bien compter les voix au total général, ce qui donne 109,000 pour le premier scrutin et une augmentation de 11,000 environ pour le scrutin de ballottage (3).

Comme le nombre des votants n'a été que de 315,000, nous avons plus du tiers des électeurs pour nous, et c'est devant cette imposante manifestation de l'opinion publique que vous exigez des laïcisations complètes et définitives?

Merci, Monsieur, de nous avoir si bien renseigné sur les sentiments de mépris que les sectaires et les francs-maçons professent à l'égard du peuple et des électeurs : le peuple vous répondra plus nettement encore dans un avenir prochain.

* * *

J'ajoute qu'avec 120,000 voix nous n'avons pas encore la vérité sur les sentiments de la population parisienne, à l'égard des religieuses et des laïques. Dans les élections municipales les questions sont multiples : l'électeur agit souvent dans un sens pour une raison spéciale, et malgré sa conviction sur un autre point. Puis, les influences les plus diverses sont en présence et les questions de personnes ont une importance très grande.

Il y a un moyen très simple de savoir si, oui ou non, les pauvres et les malades de Paris sont contents des laïques ou s'ils réclament le retour des sœurs : c'est le Référendum sur cette seule question. Nos amis l'ont demandé : vous avez eu soin de le refuser; vous étiez certain d'être battu à une écrasante majorité.

Nous le demandons de nouveau, et, si vous êtes respectueux des droits du peuple, vous devez appuyer cette demande. Il sera facile de donner satisfaction à tous : les sœurs et les infirmières laïques seront partagées entre les hôpitaux proportionnellement aux résultats du référendum et chaque malade choisira (4).

Vous ne pourrez vous plaindre : d'un côté, nous paierons les laïques chères à votre cœur, et, de l'autre, nous vous ferons des économies, puisque les sœurs soignent mieux et coûtent moins cher (5).

Recevez, Monsieur le Directeur, mes salutations respectueuses, Th. Garnier, prêtre.

La prudence exige que nous n'ajoutions que peu de mots aux notes dont nous avons accompagné la lettre de M. Garnier, prêtre. Au surplus, nos lecteurs sont parfaitement au courant de la double question de la laïcisation des hôpitaux et de l'enseignement professionnel. Nous rappel-

(1) « Les voix qui se sont prononcées sur le point spécial de la réintégration des sœurs, dit le *Gaulois*, appartiennent *surtout aux quartiers* RICHES *et à des électeurs qui n'auront probablement* JAMAIS BESOIN DES SŒURS DES HÔPITAUX. » Nous n'avons rien à ajouter à l'appréciation du *Gaulois*, journal qui soutenait les candidats de la réintégration.

(2) Ceci est inexact. Avant la nouvelle période de laïcisation, il n'y avait que 4 hôpitaux (Midi, Maison municipale de Santé, Maternité et Clinique) et 4 hospices (Bicêtre, Salpêtrière, Sainte-Périne et Fondation Lambrechts) confiés à des laïques.

(1) Voir le numéro 21, p. 400.

(2) Si erreur il y a, elle vient du journal le *Soleil*. D'ailleurs le chiffre du *Soleil* est, à peu de chose près, le chiffre des voix obtenu par M. Ed. Hervé, dans Paris, comme candidat de droite aux élections législatives de 1885 (scrutin de liste).

(3) Pour avoir un chiffre absolument exact, il faudrait posséder les professions de foi des innombrables candidats secondaires dont les opinions varient comme les couleurs du caméléon ou mieux encore comme celles de « cestuy admirable tarande » dont parle le curé de Meudon. Nous nous en tenons au chiffre du *Soleil*.

(4) Voir le nº 21, p. 400.

(5) Simple affirmation que démentent les faits. Que M. Garnier étudie, à ce point de vue, les hôpitaux de province.

lerons une fois de plus que, avant la laïcisation que nous avons provoquée, on comptait dans les hôpitaux, pour 472 religieuses, 2,319 infirmiers et infirmières laïques, et pour édifier M. Garnier nous rappellerons comment M. Le Fort, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, décrivait les fonctions réciproques des religieuses et des laïques en 1867 :

« Le rôle des religieuses, écrivait-il, ne consiste pas à donner des soins aux malades ; ce n'est pas la sœur qui fait les pansements, ce sont les externes ; et, s'il y a lieu dans la journée de les renouveler, d'appliquer des sinapismes, des sangsues, c'est alors l'infirmier ou l'infirmière qui se substituent à l'externe ; la cuillerée de potion qu'il faut donner d'heure en heure, c'est l'infirmier qui l'administre ; s'il faut changer un drap souillé, laver un malade, c'est encore l'infirmier qui intervient ; la religieuse est la surveillante générale, elle fait la répartition des aliments que distribuent les infirmiers, elle règle les rapports avec la lingerie, veille au maintien de l'ordre et de la discipline de la salle. Leur rôle était tout autre si nous nous en rapportons aux statuts de 1536 émanés de l'autorité ecclésiastique (1). »

Qui a introduit les *laïques* à l'Hôtel-Dieu ? Les Religieuses. BOURNEVILLE.

Inauguration des nouveaux pavillons de chirurgie à l'hôpital Cochin.

Jeudi matin a eu lieu à l'hôpital Cochin l'inauguration des deux pavillons de chirurgie, qui complètent les services des Drs Quénu et Schwartz. On a donné avec juste raison les noms *laïques* de Pasteur et de Lister à ces nouveaux services. La cérémonie d'inauguration a été particulièrement imposante. Pasteur était là, et partout où il se montre, on sait l'enthousiasme qui l'accueille. Sir J. Lister avait été invité par M. Schwartz lui-même, lors d'un tout récent déplacement à Londres. L'éminent chirurgien anglais a vivement regretté de ne pouvoir assister à cette fête où son nom a été si justement glorifié.

Parmi les notabilités qui ont défilé dans les nouvelles salles, nous citerons MM. Peyron, Brouardel, Pasteur, Petrot, Dubois, Lazies, Chaussée, conseillers municipaux, les Drs Bourneville, Sevestre, Bouilly, Périer, Labbé, Terrier, Routier, Gérard-Marchant, Gouraud, M. Derouin, secrétaire général de l'Assistance, M. Rochet, architecte, etc.

Nous nous étendrons ici quelque peu, sur l'esprit qui a présidé à la construction des pavillons Pasteur et Lister. L'étude ne paraîtra pas nouvelle aux lecteurs du *Progrès Médical* qui n'ont certes pas oublié le savant article publié ici même par M. Quénu en 1891 (2).

Le pavillon Pasteur, affecté au service des femmes, placé sous la direction de M. Quénu, a été construit sur les plans de M. Rochet. M. Rochet, en architecte intelligent, n'a pas craint de s'inspirer des idées même du chef de service M. le Dr Quénu. Ce chirurgien a eu surtout en vue de pouvoir séparer dans un même service les malades septiques des malades aseptiques.

M. Terrier est, on le sait, l'introducteur en France de la chirurgie aseptique. M. Quénu qui est son élève etait parfaitement placé pour réaliser l'idée du maître et la perfectionner. Cette idée il l'avait déjà mise en pratique depuis 5 ans, au dispensaire Péreire qu'il fut chargé d'organiser.

Il est bien évident qu'on peut avoir dans une même salle des malades qui suppurent et des malades aseptiques. La contagion directe, par transport de l'un à l'autre, est nécessaire, on le sait aujourd'hui, pour inoculer le pus d'un septique à l'opéré aseptique qui est son voisin. En évitant ce transport, on peut donc se dispenser de séparer les malades septiques de ceux qui ne le sont pas. Mais ce transport est pratiquement impossible à éviter.

Les pansements sont dans une salle d'hôpital, installés en bloc dans une salle spéciale, ou sur les appareils. Tampons de cotons hydrophyle, feuilles de ouate, paquets de gaze, sont dans des bocaux ou des boîtes où chacun vient tour à tour puiser au fur et à mesure des besoins. L'élève en train de panser un suppurant contagionnera involontairement les bords du bocal ou de la boîte, et permettra ainsi à son collègue qui puise aux mêmes récipients de transporter le microbe septique sur une plaie aseptique.

Si les élèves instruits commettent couramment ces fautes, à plus forte raison en sera-t-il de même pour les infirmiers et les infirmières, malgré les progrès incontestables et chaque jour croissants réalisés pour leur instruction.

D'ailleurs, la Société des Chirurgiens des hôpitaux s'est prononcée et a recommandé la séparation en infectés et non infectés.

Pour réaliser l'asepsie dans son service M. Quénu a admis, conformément aux idées de Terrier, la division du pavillon Pasteur en trois bâtiments.

Chacun comporte une salle et des annexes.

Tout d'abord la salle du milieu sera la salle d'expectations « le purgatoire », si l'on veut bien. On n'y entrera qu'après quelques formalités : la malade arrive, pénètre dans une première pièce située à droite de l'entrée générale et est immédiatement désinfectée. Dans cette pièce, un lavabo, une baignoire rendent la chose facile. Les vêtements sont envoyés à l'étuve. Cette salle sert en outre de salle de spéculum pour les malades du dehors qui ne peuvent ainsi pénétrer dans le service. De là on la dirige sur la salle du milieu, destinée aux expectants ; on l'observe, on l'examine. Si elle est aseptique et qu'elle doive subir une opération on la dirige sur le pavillon des aseptiques. Si elle est douteuse on la maintient aux expectants, où elle sera opérée dans la salle d'opération annexée, ou bien envoyée ultérieurement dans la salle des aseptiques. Inutile de dire que si elle est septique d'emblée on la dirige sur le pavillon des septiques sans la faire passer par *les expectants*.

La salle d'opérations du pavillon des expectants est très sommaire : elle est d'un nettoyage facile, bien éclairée, munie de vasques à eau chaude et froide, de réchauds à gaz, de tablettes en verres. On y pratiquera des opérations sur terrain septique : tuberculose osseuse ou des parties molles, curettages, etc. Jamais n'y entrera une de ces septicémies intenses telles qu'on les voit réalisées dans le phlegmon diffus, l'érysipèle avec abcès, etc.

Le pavillon des suppurants est à gauche. Il donne dans une galerie commune permettant d'accéder aux trois bâtiments. La salle ressemble aux autres. Elle est bien aérée, meublée de lits facilement nettoyables, etc. Au bout de cette salle on voit deux chambres d'isolement pour des malades delirants ou dont l'odeur pourrait incommoder les autres. Une porte à tambour munie d'une lucarne, une cloison de liège étouffent les bruits.

Près de l'entrée de la salle des suppurants, une petite pièce, avec vasques et fourneaux à gaz, est destinée aux interventions chirurgicales courantes, celles qu'on pratique d'habitude au lit du malade, ouvertures d'abcès, incisions des phlegmons diffus, etc.

Ce pavillon des suppurants est très isolé des autres par une porte battante qui donne sur la galerie commune. On lui a annexé un vestiaire spécial pour les élèves qui doivent assurer le service et qui ne pénètreront pas dans les

(1) *Paris-Guide*, tome II, page 1902 ; 1867.
(2) Voir *Prog. méd.*, 21 nov. 1891, p. 395, avec plan du service.

autres pavillons [illegible] salle de bains [illegible]

Le pavillon [illegible] d'opérations [illegible] La salle [illegible] modèle que [illegible] facile, angles [illegible] ciré comme [illegible] aseptiques [illegible] est vitré et aussi [illegible] destiné à recevoir [illegible] rations de nuit. Ils [illegible] *électrique* que le [illegible] temps pour les établissements [illegible] remplacer un jour.

Cette disposition [illegible] d'opérations évitera [illegible] des poussières dans [illegible] le [illegible] aux vapeurs ambiantes [illegible] thésie.

Le chauffage [illegible] faisant aucune [illegible] à l'extérieur. [illegible] le conseil de M. [illegible] sa présence [illegible] dans la salle d'opérations [illegible] entre les deux [illegible] filtrant, de l'ouate, par exemple.

La ventilation [illegible] fond vitré et [illegible] [illegible]

[illegible]

[illegible] sphère. Une petite chambre annexée à la précédente [illegible] de pansements et [illegible] permet d'aller de cette chambre [illegible] de la salle d'opérations.

[illegible] tout ce qui est [illegible] des pansements, [illegible] qui fournissent l'eau [illegible] au-dessus des vas- [illegible] côtés de cette [illegible] émaillée, recou- [illegible] [illegible]tte.

La [illegible] particulièrement inté- [illegible] de dégage- [illegible] rement dans [illegible] à l'ébullition. [illegible] ces vapeurs [illegible] de tous côtés et tombent [illegible] teurs ou sur les objets [illegible] au-dessous des portes.

[illegible] l'appareil si ingé- [illegible] de l'eau stérilisée, dis- [illegible] pour les la- [illegible] Un pulvérisateur [illegible] appareils. On peut [illegible] après l'opéra- [illegible] antiseptiques. A ce [illegible] annexées deux [illegible] un poêle en fayence [illegible] hublots.

[illegible] un interne [illegible] avec une sup- [illegible]

[illegible] et un personnel [illegible]

[illegible] bien le dernier mot [illegible] aménagement ont [illegible] On ne peut se [illegible] surmonter pour [illegible] Tous les objets fabri- [illegible] compliqués, [illegible] On ne saurait [illegible] service aseptique.

[illegible] commande : [illegible] de fe- [illegible] Tout cela est extrême- [illegible]

[illegible] dans [illegible] appareils » que [illegible] ils sont à l'étude [illegible] modèle pratique.

[illegible] d'ignobles [illegible] le chef de ser- [illegible] en qua- [illegible] à quelle [illegible] édifices ces [illegible] Nous [illegible] de [illegible] nouveau [illegible] on édi- [illegible] destiné au [illegible]

[illegible] planter [illegible] introduira [illegible] de [illegible] l'hôpital [illegible] mieux. [illegible] quelques vitraux de cou-

leurs mais l'administration s'est récriée : « Ce n'est pas hospitalier », a-t-on dit, et l'affaire a été enterrée.

Du pavillon Lister placé sous la direction de M. Schwartz, nous aurions voulu dire plus long, mais l'espace nous manque. Nous y reviendrons. La construction diffère de celle du pavillon Pasteur. C'est de la grosse construction faite pour résister longtemps, mais aussi plus chère. L'aménagement intérieur ne laisse rien à désirer. On y retrouvera tous les appareils, toutes les dispositions adoptées par M. Quénu dans son service. Mêmes bouches de chaleur, même table d'opérations, mêmes détails de constructions. La séparation en aseptiques et septiques est moins parfaite qu'au pavillon Pasteur. La section des expectants avec salle d'opérations manque. La salle d'opérations aseptiques est, à notre sens, trop imparfaitement isolée de la salle d'opérations septiques. Les chambres d'isolement, très nombreuses, sont parfaitement aménagées.

Quelques chiffres pour terminer : Le service de M. Quénu a coûté 168,000 fr., ce qui met à 172 fr. le prix du mètre en superficie. Il comprend 40 lits. Chaque lit revient à 4,200 fr. La surface occupée par un lit est de 23 m. s. 50, y compris les services accessoires. Le cube d'air est de 38 mc., par lit, dans les salles.

Le service de M. Schwartz revient à 270 fr. par mètre carré. Il a coûté 364,618 fr., ce qui met le lit à 5,350 fr. La surface affectée à chaque lit est de 20 m. s. ; le cube d'air par lit est de 45 m. Ce service comporte un pavillon d'hommes de 40 lits, un pavillon de femmes de 23 lits et 5 lits d'isolement. J. Dauriac.

Les Religieuses devant les épidémies. — Une récompense bien méritée.

On écrit de Vitry-le-Français au *Petit Parisien* :

« Un cas de typhus s'était déclaré récemment à l'hôpital. Dès que le médecin en chef, le Dr Bompard, eut fait savoir en présence de quelle maladie on se trouvait, une terreur folle s'empara de tout le personnel de l'hôpital, bien que le Dr Bompard se fût efforcé de rassurer chacun. Mais rien n'y fit. Le malade, nommé Auguste V..., fut mis à l'écart, et aucune des onze sœurs qui sont chargées du service de l'hôpital ne consentit à pénétrer même dans la pièce où le malheureux avait été isolé. Le Dr Bompard se demandait ce qu'il allait faire pour vaincre la terreur des sœurs et les amener à soigner le malade, quand un vieillard de l'hospice nommé Joseph Vallet s'offrit pour assister le typhique.

« Avec un courage digne d'éloges, sans espoir de récompense et dans le seul but de se rendre utile et d'accomplir un devoir de solidarité sociale, Vallet s'installa près du malade et ne le quitta ni jour ni nuit, lui prodiguant les soins les plus dévoués et les plus attentifs. Enfin, nous venons d'apprendre que, sur l'avis conforme de M. Viguier, préfet de la Marne, et de M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène au ministère de l'intérieur, M. Charles Dupuy, président du conseil, vient d'accorder à Vallet la récompense qu'il mérite si bien.

« Cette nouvelle a été accueillie à Vitry-le-Français avec le plus vif plaisir et elle a provoqué de nombreux commentaires. Il est question d'organiser une petite cérémonie intime, au cours de laquelle on remettrait à Vallet la médaille d'honneur qui vient de lui être décernée. »

Voilà le récit que nous avons trouvé reproduit dans le *Journal* du 17 mai. Nous avons pris à bonne source des renseignements qui confirment, quant au fond, la réalité du récit qui précède. Voici un extrait de la lettre de notre correspondant :

« L'hôpital de Vitry le-Français n'a pas de pavillon d'isolement, mais des salles d'isolement à proximité des autres salles : c'est la même sœur qui les dessert, l'isolement est donc tout à fait illusoire. Cependant il suffit dans la majorité des cas, bien que le médecin n'ait jamais pu obtenir que les sœurs prissent la moindre précaution. En présence d'un cas de typhus non douteux, M. Bompard, nous assure-t-on, a cru devoir exiger un isolement rigoureux. Il a prévenu la sœur du service qu'elle aurait à rester d'une façon absolue dans la salle d'isolement et que, par conséquent, elle ne pourrait pas retourner à la communauté pendant quelques jours. La sœur a refusé, non par peur, mais en alléguant la règle de l'ordre qui veut que les prières soient dites en commun, etc., etc. C'est alors que le médecin a déclaré à la Supérieure qu'il interdisait d'une façon absolue l'entrée de la salle d'isolement et qu'il y a placé un infirmier de bonne volonté qui n'avait pas, pour refuser, les mêmes motifs allégués. »

Certains journaux ont prétendu que les religieuses avaient refusé par peur : dans ce cas ce serait un accident en quelque sorte individuel et partant de peu d'importance. Mais le motif est beaucoup plus grave, il est commun à peu près à toutes les congrégations religieuses hospitalières. A l'hôpital de Vitry-le-Français, la religieuse a invoqué les statuts de son ordre : il faut qu'elle participe aux exercices de la communauté avant tout, tant pis si elle propage le typhus ! L'an dernier, nos lecteurs s'en souviennent, nous avons raconté, d'après le rapport de notre collègue, M. le Dr Du Mesnil, au Comité consultatif d'hygiène de France, que, à l'hôpital de Honfleur, les religieuses ont abandonné leur hôpital pour aller en retraite, conformément à leurs statuts, au siège de leur communauté mère (1). Tout récemment, à la fin de mars, une religieuse de la congrégation de l'Assomption (de Neufchâtel), qui avait été envoyée à Pierrecourt pour soigner des typhiques, s'est empressée de retourner à sa communauté dès qu'elle a su que ces malheureux malades n'étaient pas « unis par le mariage », déclarant que les statuts de son ordre lui interdisaient de soigner des gens qui n'avaient pas fait consacrer leur union par l'Église (2). *Et nunc erudimini...*

De tels faits montrent la nécessité de procéder partout à la laïcisation des établissements hospitaliers, afin d'avoir un personnel prêt à se plier aux exigences de la science moderne... Ce qu'interdisait, aux religieuses, leurs antiques Statuts. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 mai 1893. — Présidence de M. Chauveau.

M. Girode présente deux masses de *salol cristallisé* qui ont été trouvées à l'autopsie dans l'estomac d'une cholérique à laquelle du salol avait été donné en cachets. Le salol n'avait donc pas été utilisé ; et, d'autre part, son action locale avait été nulle, car l'estomac contenait un grand nombre de bacilles. Les petites masses de salol avaient d'ailleurs déterminé un commencement d'erosions gastriques.

M. Girode fait une communication sur les *rapports du choléra et de la fièvre typhoïde*, et rapporte un certain nombre d'observations de dothiénentérie succédant à une attaque de choléra.

M. De Dominicis (de Naples) a étudié l'effet de l'*extirpation totale du pancréas chez le chien*. Il a observé que la glycosurie n'était pas constante dans ces cas, et que, lorsqu'elle existait, la greffe du pancréas hors de l'abdomen ne l'empêchait pas.

M. Chauveau pense que l'extirpation totale du pancréas ne suffit pas en effet toujours à produire la glycosurie ; il faut, de plus, nourrir l'animal de féculents.

M. De Dominicis a repris l'étude des *transfusions du sang*, et il a constaté que la transfusion directe du sang de chien à l'homme pouvait se pratiquer sans inconvénients. Il a pratiqué onze fois cette opération sans accident.

M. Ch. Richet est d'avis que le sang ainsi injecté agit

(1) Voir *Progrès Médical*, 1892, 2e semestre, p. 263.

(2) Le Dr Cossard, de Blangy, chef-lieu du canton où se trouve Pierrecourt, un *laïque* lui, qui soignait les typhiques, a contracté le typhus et en est mort.

comme le sérum, c'est-à-dire comme stimulant de la nutrition.

M. Fabre Domergue dépose une note sur l'*orientation des plans de division cellulaire dans les épithéliomas.*

M. Boix a étudié l'*action hypotermisante du coli bacille.*

Tremblement parkinsonnien hémiplégique symptomatique d'une tumeur du pédoncule cérébral.

MM. Paul Blocq et G. Marinesco. — Le cas dont il s'agit est celui d'un malade du service de M. le Pr Charcot, dont l'observation nous a été communiquée par M. B. Charcot. Il a trait à un sujet qui présenta pendant sa vie un tremblement limité au côté gauche, tremblement offrant cliniquement et graphiquement tous les caractères de celui de la maladie de Parkinson, au point que ce diagnostic fut porté pendant la vie. Le malade ayant succombé à la tuberculose pulmonaire, l'autopsie vint démontrer la présence d'un tubercule siégeant dans l'épaisseur du pédoncule cérébral droit. La tumeur grosse comme une olive occupe en grande partie le *locus niger* de Sömmering, et. malgré son volume, est située de telle sorte qu'elle n'intéresse ni le pied du pédoncule, ni le pédoncule cérébelleux supérieur, ni les filets du nerf moteur oculaire commun. Le ruban de Reil est très légèrement altéré. Il n'existe ni dégénération ascendante, ni dégénération descendante, tant dans la partie du pédoncule située au-dessus du néoplasme que dans la partie inférieure, la protubérance, le bulbe et la moelle épinière. Un exemple identique nous a été communiqué par M. Charcot; des cas analogues (tremblement intentionnel), sinon absolument identiques, ont été rapportés notamment par Mendel et par Benedickt, et il semble bien d'après cela que les tubérations du pédoncule non destructives du pied sont susceptibles de déterminer un tremblement sur la pathogénie duquel on ne saurait actuellement proposer que des hypothèses, dont la plus vraisemblable serait une excitation particulière du faisceau pyramidal.

M. Kœnig a étudié chez dix sujets atteints de *la maladie de Parkinson les troubles qui se rattachent à l'appareil de la vision.* Quelques-uns d'entre eux sont pathognomoniques, d'autres sont des signes surajoutés que rien ne permet encore de rattacher à cette affection. En outre des symptômes déjà connus et qui sont : la fixité du regard, la *latéropulsion* indiquée par M. le Pr Debove, il en est d'autres qui n'ont pas été décrits ou qui l'ont été incomplètement. Dans la généralité des cas on remarque sur les paupières supérieures pendant l'occlusion des yeux un *tremblement* très apparent et une rigidité très prononcée quand on essaie de les soulever. Le tremblement est vibratoire, permanent, à rythme régulier et à oscillations de petite amplitude qui rendent plus sensibles les plis transversaux de la paupière. Ces signes permettent de le différencier de celui qu'on trouve exceptionnellement chez les trembleurs hystériques et dans la sclérose en plaques. Il y a lieu de noter en second lieu les troubles portant sur *les mouvements associés des yeux* et qui occasionnent le déplacement brusque des yeux en haut et en bas du point fixé — phénomène analogue à la latéropulsion oculaire, le nystagmus latéral et enfin la réduction d'amplitude des mouvements des yeux.

Dans la généralité des cas les pupilles sont normales et réagissent bien à la lumière. La faiblesse de leur contraction à la convergence tient à ce que celle-ci est toujours défectueuse.

Deux fois seulement l'auteur a noté l'inégalité pupillaire avec intégrité de la réaction. Mme Pilliet-Edwards a signalé le myosis dans un cas. M. Kœnig a aussi noté un *spasme de l'accommodation* dû à la rigidité du muscle ciliaire et qui se manifeste dans la vision rapprochée. Tous ces troubles moteurs sont comparables à ceux que l'auteur a déjà décrits dans la maladie de Thomsen. Dans cette dernière affection où les muscles striés volontaires sont seuls en cause, l'accommodation est toujours respectée, le muscle ciliaire étant un muscle à fibres lisses. Enfin l'*amblyopie* et l'*amaurose transitoire* que l'on observe exceptionnellement sont le résultat d'un trouble de circulation locale occasionnée par les muscles contractés, ce même phénomène a été observé par l'auteur dans la maladie de Thomsen.

Les lésions ophtalmoscopiques doivent être très rares. M. Kœnig ne les a observées que deux fois sous la forme d'une décoloration du nerf optique et d'une atrophie caractérisée. En ce qui concerne les modifications du champ visuel et la faculté chromatique les résultats ont toujours été négatifs. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 mai 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

L'amputation dans le traitement du tétanos.

M. Verneuil commence par montrer que le traitement par les pansements antiseptiques et le chloral à hautes doses donne, dans le tétanos, une proportion assez considérable de guérisons. Il rapporte plusieurs observations de guérison dues à M. Périer, à M. Schwartz, à M. Camus, etc. Sans doute dans quelques cas il s'agissait de tétanos chroniques. Mais avant que M. Verneuil eût introduit, en 1870, le chloral dans le traitement du tétanos, jamais cette forme chronique n'était observée. Le tétanos était toujours aigu. Dans l'observation de M. Camus, d'ailleurs, il s'agissait d'un tétanos très grave, très aigu, dû à des plaies et fractures multiples. Sur quatorze observations où l'amputation a été pratiquée, M. Verneuil a relevé deux décès et quatre guérisons. Mais ces quatre guérisons pouvaient être attribuées en grande partie au traitement médical énergique qui avait été combiné avec l'amputation. Dans un seul de ces quatre cas, l'ablation d'un lipome qui s'était ulcéré à la suite d'une application empirique de caustiques paraît avoir été l'élément essentiel de la guérison. Au point de vue du traitement préventif du tétanos, la dissection de la portion amputée a fait souvent constater dans le foyer la présence de petits corps étrangers. Les faits cités par M. Berger gardent leur très grande valeur. Mais il ne faudrait pas qu'ils puissent conduire les jeunes chirurgiens à amputer quand même et toujours dans le tétanos. La question est actuellement dans la période d'étude. Et parfois même il semblerait que l'amputation ait été plus nuisible qu'utile.

Le typhus à la maison de Nanterre.

M. Sapelier — qui a le premier constaté l'existence du typhus à Paris — fait l'histoire de l'épidémie de Nanterre. Il a soigné vingt-trois cas avec quatorze décès et neuf guérisons. Les symptômes ont été classiques. Les recherches bactériologiques faites sur quatre malades n'ont montré que des bactéries banales. Le traitement, en dehors des moyens hygiéniques, des toniques, de l'analgésine, a consisté surtout en lotions froides et en injections de sérum artificiel. Les lotions froides vinaigrées répétées jour et nuit, chaque fois que la température dépassait 39°, produisaient un grand bien-être. Contre la constipation les grands lavements froids ont aussi rendu des services. Les injections de sérum ont été employées chez douze malades tous très gravement atteints et ont donné six guérisons. Une injection sous-cutanée de 600 gr. était faite très lentement une fois dans les 24 heures. L'effet était immédiat. Les contractions et la prostration cessaient, les malades ouvraient les yeux, sortaient de leur abattement, pouvaient même parler. La température s'abaissait et souvent même restait pendant quelques heures voisine de la normale. En général, au moment de l'injection du lendemain, elle n'était pas encore remontée au degré primitif. Ce moyen paraît donc un des plus puissants dont on dispose contre le typhus.

Au cours de la séance, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Dumontpallier sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Voici la liste de classement : 1re ligne. M. Debove : — 2e M. Hallopeau ; — 3e M. Laveran ; — 4e M. Blanchard ; — 5e *ex æquo* MM. Ferrand et Hutinel.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 *mai* 1893. — Présidence de M. Fernet.

M. Faisans. — Ce qui caractérise la *langue grippale*, c'est une teinte opaline d'un blanc bleuté. Cette coloration est tantôt uniforme, tantôt tachetée. S'il y a en même temps catarrhe des voies digestives, un enduit saburral masque la teinte sur le dessus de la langue, mais non sur les bords. S'il survient une pneumonie, la langue se sèche, mais il est rare qu'on ne puisse retrouver encore la teinte opaline. Elle apparaît généralement dans les deux ou trois premiers jours et dure autant que la maladie. La coloration se montre rebelle aux purgatifs, vomitifs et aux locathartiques qui font disparaître l'enduit saburral quand il coexiste.

M. Juhel-Renoy, qui a vu beaucoup de grippes, n'a pas noté cette coloration.

M. Legendre a vu un assez grand nombre de fois une desquamation analogue à celle de la scarlatine.

M. Faisans. — Cette coloration s'observe neuf fois sur dix et a permis de faire chez un enfant le diagnostic dans un cas de grippe qu'on prenait à tort pour une méningite.

M. Hanot ayant observé pendant 4 années consécutives un jeune homme de 27 ans atteint de *dilatation bronchique* avec artério-sclérose généralisée, qui vient de succomber à un abcès du cerveau, en a profité pour poursuivre d'anciennes recherches sur l'anatomie pathologique de l'ectasie bronchique. Chez ce malade, l'artério-sclérose parait être la condition qui a mis le tissu bronchique en état d'opportunité morbide et permis la réalisation de la dilatation.

M. Rendu. — Ce malade n'a-t-il pas eu de broncho-pneumonies ? Celles-ci surtout, lorsqu'elles s'accompagnent d'adhérences pleurales, paraissent une cause de la maladie.

M. Hanot a assisté pour ainsi dire à la transformation de la bronchite en ectasie bronchique.

M. Legendre a fait récemment l'autopsie d'un malade atteint de dilatation des bronches. C'était aussi un artério-scléreux sans adhérences du poumon à la plèvre. Avant sa mort il a présenté des hémoptysies très abondantes qui ont notablement abrégé ses jours.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 *mai* 1893. — Présidence de M. Périer.

M. Quénu a employé, pour l'oblitération d'une perte de substance de la voûte palatine, un procédé nouveau qu'il avait déjà mis à contribution il y a trois ans. Il emprunte, pour combler ces pertes de substances qui siègent tout près du bord alvéolaire, un lambeau à la voûte palatine, et un lambeau à la lèvre supérieure. Il rapproche et suture les deux surfaces cruentées et obtient ainsi une oblitération solide.

M. Delorme fait remarquer que le procédé décrit par M. Quénu est tout au long exposé dans son traité de chirurgie de guerre. Il l'a mis en pratique dès 18[illegible] pour combler une perte de substance de la voute palatine.

M. Berger a eu connaissance d'un procédé semblable décrit dans les archives de Lanjenbeck.

M. le Dr Bois (d'Aurillac) a eu à opérer une malade porteuse d'une anomalie de l'appareil urinaire. Chez elle, l'uretère gauche s'abouchait au niveau du bord gauche du méat. M. Bois pratique une incision faisant communiquer l'uretère avec la cavité vésicale. Il se propose de faire dans quelque temps l'oblitération de l'uretère prolongée au méat.

M. Chauvel lit son rapport à propos du mémoire de M. Godin concernant une opération d'orteil en marteau d'après le procédé de résection préconisé par M. Terrier. L'opération a porté sur le gros orteil, où le martellement est extrêmement rare. Cette infirmité constitue un cas de réforme. M. Chauvel se demande si, en face de la facilité de la cure, on doit maintenir ce cas d'exemption.

MM. Regnier, M. Berger constatent que le martellement du gros orteil est chose rare.

M. Kirmisson [illegible] qui ne se trouve pas dans le cas présent en [illegible] les doigts du pied, [illegible] de Boulogne. Il suffit en pareil cas de [illegible] du tendon de l'extenseur pour corriger la difformité.

M. [illegible] pense [illegible] en présence d'un cas de [illegible] de tous les orteils.

Pour M. Berger, la [illegible] de l'orteil en marteau n'est pas aussi claire qu'on [illegible]. Il a vu, pour son propre compte, le pied plat et l'orteil en marteau souvent associés. Dans [illegible] l'orteil est [illegible] par l'excès de tension du tendon [illegible]. Dans un cas [illegible], M. Berger a fait adopter par son malade le port d'une semelle convexe et il s'en est bien trouvé.

M. Delorme présente [illegible] porteur d'une luxation du poignet en avant.

M. Championnière a pratiqué la trépanation sur un malade qui avait fait une chute de [illegible] mètres sur la tête et qui présentait depuis des douleurs de tête et du vertige. Les accidents ont disparu.

M. Bazy montre à la Société un volumineux calcul de l'urèthre qu'il a enlevé.

J. Dauriac.

REVUE DES MALADIES DU CŒUR

I. — **Etude sur les aortites**; par M. Bureau.

II. — **Traitement des maladies du cœur par la méthode du Dr Schott de Naunheim**, par le Dr Mœller.

III. — **L'Hydrothérapie dans les affections organiques du cœur**; par Giuseppe Stufler.

IV. — **Tachycardie paroxystique essentielle**; par Gordon Dill.

I. — L'aortite est une affection fréquente mais qui passe souvent inaperçue parce qu'on pense rarement à la rechercher. Son début est insidieux et ne s'accompagne souvent que de troubles fonctionnels d'apparence très diverse, dont la connaissance précise est très importante, puisque ce sont eux qui amènent à rechercher la lésion aortique. Ce sont des accidents gastriques, des troubles dyspeptiques persistants, des accès de suffocation nocturne, la perte subite d'un œil, fréquemment des vertiges, de la dyspnée, de l'oppression, une douleur rétrosternale. Une fois établie, l'aortite donne lieu à des troubles fonctionnels importants : douleurs, vertiges, troubles respiratoires à plusieurs formes, dyspnée d'effort ou crises dyspnéiques. Sensibilité préaortique, accidents d'angor pectoris. Les signes objectifs sont le faciès pâle, les pseudolipomes sus-claviculaires, un battement anormal des artères du cou. La palpation révèle l'élévation de la sous-clavière, signe très important ; l'augmentation de la matité aortique est décelée par la percussion. L'auscultation révèle une modification des bruits normaux, soit au premier, soit au deuxième bruit dur, retentissant, éclatant et claqueux, les bruits de souffle sont moins constants et moins précieux, ils peuvent être systoliques ou diastoliques, mais occupent toujours le foyer d'auscultation de l'orifice aortique. Dans un certain nombre de cas la tension artérielle atteint un chiffre élevé. L'aortite chronique a une marche essentiellement lente, sa terminaison peut se faire soit subitement, même en dehors d'accès d'angine de poitrine, soit lentement avec œdème et asystolie soit par le fait d'une complication du côté du cerveau (embolie, congestion, ischémie, hémorrhagie), du péricarde, de la plèvre ou du côté du plexus cardiaque angine de poitrine, poussées aiguës d'œdème pulmonaire du côté de l'aorte (embolies des membres, de la rétine, etc.) — Les symptômes, la marche et les complications de l'aortite aiguë sont identiques à celles de l'aortite chronique. Les aortites présentent des causes très nombreuses. Les unes paraissent se rattacher à un trouble trophique, d'autres sont dues à la présence de microorganismes sur l'endartère. L'aorte antérieurement atteinte de lésions trophiques peut devenir le siège du développement de micro-organismes. Dans le cours des maladies infectieuses générales des localisations peuvent se faire directement sur l'aorte sans que celle-ci présente de lésions antérieures. Ce sont les aortites aiguës secondaires. L'aortite est assez sou-

vent curable, mais toujours au bout d'un temps très long, le pronostic, à cause des complications fréquentes, doit être réservé. Le traitement le plus efficace consiste dans l'emploi de la médication iodurée, à petites doses, continuées pendant très longtemps.

II. — La méthode du Dr Schott comprend deux facteurs : un traitement mécanique consistant en exercices gymnastiques, un traitement balnéaire comprenant des bains d'eaux salées gazeuses.

Le traitement mécanique est constitué par ce que les Suédois appellent la *gymnastique de résistance*. Chaque mouvement doit se faire avec énergie, mais avec une grande régularité et une certaine lenteur. On constate, comme influence immédiate de ces mouvements, une diminution plus ou moins considérable des cavités du cœur dilatées. Elle se remarque dans les lésions mitrales non compensées aussi bien que dans les différentes formes d'insuffisance cardiaque simple (cœur gras, *weakened heart*, dilatation du cœur, par anémie, etc.). Il n'y a guère que les dilatations du cœur gauche accompagnées de choc cardiaque et de pulsation artérielle exagérés qui résistent à cette influence gymnastique. Le traitement balnéaire consiste en bains chargés de chlorure de sodium et d'acide carbonique. On commence par les bains salés non gazeux, puis, peu à peu, on augmente la concentration du bain et le malade y entre avant que l'acide carbonique se soit échappé. On n'arrive que progressivement aux bains quotidiens. La température au début, de 27 degrés Réaumur, peut être abaissée progressivement sans jamais descendre au-dessous de 21 degrés Réaumur. Ces bains, d'après le Dr Schott, agissent par les sels et l'acide carbonique sur les terminaisons des nerfs sensibles périphériques. Ils produisent non seulement un effet calmant mais une véritable stimulation du cœur amenant un plus grand développement des fibres musculaires cardiaques. La gymnastique exerce une action à peu près identique. Mais l'effet de la gymnastique est immédiat et de courte durée, tandis que celui des bains est plus durable. Les contre-indications sont les anévrysmes du cœur et des gros vaisseaux et les cas d'artério-sclérose avancée.

III. — Bonne revue des tentatives faites dans cette voie. L'hydrothérapie dans le traitement des maladies du cœur fut tentée pour la première fois par Preissnitz, né en 1799, à Grafenberg. Sa méthode rencontra, dans le monde médical, de nombreux adversaires. En 1848, Fleury n'hésita pas à employer l'hydrothérapie dans les maladies du cœur et le succès justifia son audace. A côté de Preissnitz il faut aussi citer Scodetten qui, en 1843, conseille la cure hydrothérapique des affections cardiaques. Kunze n'applique les bains tièdes que dans les cas de lésions bien compensées. Lebert leur accorde une valeur contre certains symptômes nerveux. G. Sée signale comme contre-indications les complications respiratoires : l'œdème, l'angine de poitrine et la myocardite. Schroff, Chininelli, Dujardin-Beaumetz considèrent les affections du cœur chez les rhumatisants comme une contre-indication des bains. Cantani, tout en reconnaissant qu'il faut bannir chez les rhumatisants cardiaques l'usage de l'eau trop froide ou trop chaude, accorde cependant de bons effets à la médication thermo-minérale. Pezzolo, Pascale s'en montrent adversaires ; Maransaldi, rapportant les paroles de Semmola, dit que la cure hydrothérapique est seulement contre-indiquée dans les affections organiques du cœur. Peter accorde à l'hydrothérapie un effet contre les congestions viscérales, la dyspnée et l'œdème. Friedreich, Santopadre, Beni Barde, Anche Rosenstein, Leichtenstein, De Lucca et Racchi affirment les bons effets généraux de l'hydrothérapie dans les maladies du cœur. Duval combat la crainte qu'on a de l'eau froide dans les maladies du cœur. Eichorst est partisan des affusions froides. Muller trouve l'hydrothérapie contre-indiquée chez les cardiaques. Schwardi, Strumpel lui accordent, au contraire, une valeur quand elle est bien appliquée. Enfin Popischil soutient l'utilité de l'hydrothérapie dans les affections cardiaques. Stüffler rapporte, en terminant, trois observations de rhumatisants avec lésions cardiaques chez lesquels l'eau froide a produit de bons résultats.

IV. — Gordon Dill étudie les rapports de la tachycardie paroxystique essentielle avec la maladie de Graves. Les auteurs, dit-il, ont décrit une affection dont le caractère principal est une tendance à des retours périodiques de palpitations avec grande détresse mentale, prostration et dyspnée, puis retour aux battements normaux du pouls. La température est généralement élevée pendant ces attaques et toujours dans les périodes de calme au-dessus de la normale.

Ces malades sont généralement extrêmement nerveux, souffrent de troubles digestifs et sont le plus souvent incapables de tout travail. On trouve souvent, dans leurs antécédents, le rhumatisme ou la syphilis. Mais quelquefois aussi aucune trace de maladies antérieures. Il en est d'autres chez lesquels, avec des signes semblables, la tachycardie est persistante même en dehors des paroxysmes. On peut donc admettre deux variétés de tachycardie, la persistante et la rémittente. Il en existe une troisième, constituée par des cas anormaux de maladie de Gravés. Les relations entre ces trois variétés sont très étroites et on voit des cas qui passent de l'une à l'autre.

Charcot a d'ailleurs établi que, dans le goitre exophtalmique, la tachycardie peut être rémittente ou intermittente. Il est donc raisonnable d'admettre que toutes ces variétés sont dues au même désordre pathologique et ne sont que des modalités d'une même maladie. Onze cas cités par G. Dill viennent à l'appui de cette manière de voir. Quant à la lésion, diverses théories ont été émises : irritation du sympathique cervical, parésie du nerf vague, altération du myocarde, des nerfs cardiaques ou de leurs ganglions, lésion nerveuse centrale. L'avenir éclairera probablement ce point obscur d'anatomie pathologique. Mais, pour l'instant, la thérapeutique reste difficile. La digitale, le strophantus restent sans effets. La quinine, le fer, l'arsenic, la belladone, quoique ayant donné quelquefois de bons résultats, sont très infidèles, et les médicaments sédatifs ou stimulants du système nerveux n'ont pas d'influence appréciable sur la marche du mal. Le point sur lequel il faut porter son attention est d'assurer au malade un repos complet de corps et d'esprit, de le distraire sans l'exciter et de veiller attentivement sur son état général, en traitant les maladies intercurrentes lorsqu'il s'en produit. L.-R. Regnier.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des Eaux minérales et éléments de climatothérapie ; par le Dr Moeller, membre correspondant de l'Académie de médecine de Belgique, de la Société thérapeutique de Paris, etc.

C'est un traité complet sur la matière, comprenant les notions générales sur l'Hydrologie et la Climatologie, sur le traitement hydrominéral des maladies, et une série de monographies très succinctes, mais documentées avec un excellent esprit critique sur les diverses stations.

L'auteur édifie une classification des eaux minérales intermédiaire à la classification allemande et à la classification généralement adoptée en France.

Il reconnaît neuf classes d'eaux minérales : 1° les indifférentes ou *indéterminées*, dont la minéralisation est faible ou nulle ; 2° les eaux simplement *gazeuses*, dont le caractère principal est de renfermer de grandes quantités d'acide carbonique ; 3° les eaux *alcalines* qui ont pour caractère commun de renfermer des sels alcalins, principalement du carbonate de soude et de l'acide carbonique libre ; 4° les eaux *amères* ou *purgatives* qui contiennent comme principal élément constitutif du sulfate de magnésie ou du sulfate de soude ; 5° les eaux *salées* dont le principe dominant est le chlorure de sodium ; 6° les eaux *ferrugineuses* qui se caractérisent par la présence d'une quantité variable de carbonate, de crénate ou de sulfate de fer ; 7° les eaux *sulfureuses* qui renferment, soit de l'hydrogène sulfuré, soit différents sulfures, soit les deux principes réunis ; 8° les eaux terreuses ou *calcique*s contenant surtout du bicarbonate ou du sulfate de chaux ; 9° les eaux *arsenicales*.

On pourrait discuter, on n'a pas manqué de discuter cette classification. Pour nous, nous considérons comme oiseuse toute discussion de ce genre. Une classification, fût-elle basée

sur l'ordre alphabétique (qui en vaut bien un autre en pareille matière), s'impose, car il faut bien diviser le travail.

Mais on s'exagère beaucoup l'importance de telle ou de telle classification. Son importance est toujours secondaire et son influence mauvaise plus souvent qu'on ne le pourrait supposer.

Les classifications, en effet, sont basées sur la composition chimique des eaux minérales. Cette composition est toujours complexe, et c'est arbitrairement qu'on accorde la prédominance à telle ou telle substance.

On en arrive à parquer, au nom de la chimie, dans un même groupe, les eaux les plus disparates au point de vue de l'action physiologique et de l'action thérapeutique, et à éloigner au contraire celles qui devraient être rapprochées.

Or, on est toujours tenté de considérer, comme ayant des actions médicales plus ou moins analogues, les eaux du même groupe, ce qui n'est pas, il s'en faut; on ne peut aucunement, de sa place dans la classification chimique, quelle que soit la classification, conclure aux propriétés médicales.

Qu'on adopte une classification ou une autre, la chose est donc secondaire. Ce n'est donc pas nous qui ergoterons sur la classification qu'il a plu à M. Moëller d'adopter. Nous ne la trouvons ni meilleure ni plus mauvaise que les autres, voilà tout.

Nous n'en dirons pas autant des brèves monographies consacrées aux diverses stations. Contrairement à une habitude trop répandue, elles sont généralement très exactes et renferment, sous une forme très succincte, de précieux renseignements.

C'est cette qualité même qui nous fait regretter qu'il ne leur ait pas été accordé une place plus large.

Les considérations générales sur l'ensemble de la médication hydrominérale sont d'un homme qui connaît bien son sujet et qui a eu à cœur de le traiter sérieusement; aussi sont-elles fort intéressantes. Pour le praticien, cependant, nous croyons qu'il y aurait eu avantage à trouver plus de détails sur l'action et les indications des diverses eaux en particulier.

Et si nous nous permettons d'exprimer ce regret, c'est qu'il nous est suggéré précisément par la manière conciencieuse et documentée, claire, précise et vraiment pratique, dont cette partie est traitée. Car les livres contenant sur les diverses stations des renseignements vraiment utiles et indépendants méritent toujours d'être particulièrement prisés.

G. Delfau.

Inauguration de l'amphithéâtre d'opérations et du service gynécologique de la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker.

Aujourd'hui, vendredi, à 10 heures, a eu lieu à l'hopital Necker la cérémonie d'inauguration de l'amphithéâtre d'opérations de la clinique chirurgicale de M. le Pr Le Dentu. Elle était présidée par M. le Pr Guyon, qui a prononcé la très remarquable allocution que grace à son obligeance nous pouvons publier le jour meme :

Messieurs,

L'âge a parfois d'enviables privilèges. L'ancienneté me vaut l'honneur de prendre aujourd'hui la parole à propos de l'inauguration de ce bel amphithéâtre de chirurgie. Mon cher collègue et ami, M. Le Dentu, m'a prié de dire nos sentiments de profonde gratitude à ceux auxquels nous devons notre nouvelle installation et aux personnes éminentes qui veulent bien témoigner par leur présence l'intérêt qu'elles portent à l'enseignement pratique de la chirurgie et j'ai accepté avec empressement cette agréable mission.

C'est cependant à M. Le Dentu qu'aurait dû être réservée cette satisfaction. Il a préféré modestement se souvenir qu'il a été quelque peu mon élève et je saisis l'occasion de le revendiquer comme tel. Il était en effet interne de notre maître commun Laugier, lorsque je suppléais, il y a trente ans je crois, le professeur de clinique chirurgicale de l'Hotel-Dieu.

Déjà, à cette époque, la chirurgie avait toutes les prédilections de M. Le Dentu. Lorsque l'on aime notre art on s'en occupe avec passion et l'on s'attache à tout ce qui peut aider à le pratiquer dans les meilleures conditions. Aussi l'ardeur de mon collègue ne s'est-elle pas ralentie un instant pendant toute la durée des travaux. Si l'ensemble de cette construction a été étudiée en commun, si rien d'essentiel n'a été convenu sans que nous ayons été parfaitement d'accord, on peut dire en toute vérité qu'il n'y a pas un détail qui n'ait été l'objet de toute la sollicitude de mon collègue et qu'il s'est entièrement dévoué à cette œuvre. J'ai la certitude d'être approuvé en disant qu'il a pleinement réussi. Il doit être particulièrement satisfait de la bonne ordonnance de ces gradins métalliques dont il a étudié les types à l'étranger et qui rappellent avec de grands perfectionnements la disposition de la salle d'opérations de Socin à Bâle. Ces gradins ont la propreté pour objectif, mais leur agencement a été travaillé de telle sorte, qu'il donnera à ceux qui viendront y prendre place la possibilité de bien voir agir le chirurgien et ses aides.

L'administration a, on le voit, laissé à ses chirurgiens toute leur initiative ; parmi les sujets de remercîments si nombreux que nous avons à lui adresser, ce n'est pas le moindre. Elle avait d'ailleurs confié ces importants travaux à un architecte dont le talent éprouvé est particulièrement sollicité pour les constructions hospitalières, où déjà il a montré en maintes circonstances toute son habileté. M. Belouet est de ceux qui veulent avant tout que leur œuvre soit pleinement appropriée à sa destination. J'ai, je crois, entendu dire que, lorsqu'ils sont chargés d'élever un édifice, tous les architectes ne comprennent pas ainsi leur mission. Ici, nous l'espérons, chacun admire comme nous ce que l'architecte de l'Assistance a su si intelligemment faire d'un local qu'il fallait transformer.

Il y a quelque mérite pour une administration à accepter et à solliciter la collaboration du corps médical ; nos exigences sont grandes et n'ont aucune tendance à s'amoindrir. Nous sommes loin du temps où l'on fonda l'établissement où nous nous trouvons réunis. C'était en 1778. A cette époque on eut pour principal objectif de démontrer : qu'avec des dépenses relativement minimes il était possible de ne mettre qu'un malade par lit, au lieu de quatre ou cinq. Le célèbre rapport de Tenon avait déterminé ce mouvement humanitaire bien partiel. Sachant aujourd'hui que l'on peut tout demander à ceux qui ont charge d'administrer la ville de Paris et de s'occuper des intérêts de ses malades pauvres, lorsque l'on invoque leur bien-être, nous avons conçu l'ambition, entièrement partagée du reste par nos édiles et nos administrateurs, de vouloir que l'hôpital assurât, à ceux qu'il accueille, les mêmes garanties que celles dont peuvent bénéficier les favoris de la fortune, alors que la santé vient à leur faire défaut. Et voilà qu'à l'heure actuelle, les nécessiteux, obligés de se faire opérer à l'hôpital, peuvent subir ces cruelles épreuves dans des conditions supérieures à celles qu'offrent les demeures les plus somptueuses et les plus larges dépenses. Les garanties qu'il nous est permis de donner à nos patients sont telles que nous les sentons plus en sécurité que ceux qui, en apparence plus favorisés, ne sont point obligés de quitter leur demeure pour rétablir leur santé ; mieux vaut, en réalité, être opéré à l'hôpital que dans son appartement ou son hôtel.

N'est-ce pas une grande satisfaction que de constater semblable résultat, pareil bienfait assuré à la classe laborieuse et pauvre. Nous en sommes redevables à ceux qui ont permis, par leurs sages et humaines libéralités, d'arriver à cet état de choses. Aussi avons-nous pensé qu'élèves et maîtres éprouveraient le désir de se réunir ici même, pour remercier le Conseil municipal de la Ville de Paris, l'administration générale de l'Assistance publique, son conseil et son directeur. Oui, maîtres et élèves doivent chaleureusement dire qu'ils sont reconnaissants. Ils voient chaque jour créer autour d'eux ce qui peut le mieux assurer la guérison des malades et leur instruction médicale. Une fois de plus, la création que nous inaugurons prouvera que les intérêts de l'enseignement et ceux de l'assistance hospitalière sont solidaires; que seul le souci de veiller avec vigilance sur l'avenir de ceux qui demandent à s'instruire, sur la santé de ceux qui réclament le soulagement ou la guérison, dirige les délibérations et dicte les actes de ces assemblées.

C'est au seul enseignement de la Faculté que la Ville de Paris et l'Assistance publique réservent ces locaux, c'est pour nous qu'elles ont fait ces grandes dépenses. Vous voyez que l'on a pourvu à tout. Non seulement la propreté est assurée,

mais ce qui permet de réaliser l'asepsie et l'antisepsie s'y trouve rassemblé; le mode de chauffage a été étudié de façon à ce qu'aucune poussière ne puisse être soulevée, à ce que l'eau puisse bouillir et se stériliser par un courant de vapeur, sans le secours du gaz. Une salle d'anesthésie a été annexée à l'amphithéâtre d'opérations, un ascenseur y porte les malades, une salle d'opérations aménagée de la façon la plus complète est réservée aux opérations gynécologiques, qu'il est préférable de faire devant une assistance restreinte, des chambres sont préparées pour les grands opérés, un personnel spécial affecté à leurs soins. Auprès de l'administration centrale comme dans l'hôpital, nous avons trouvé les mêmes dispositions à ne ménager rien de ce qui pouvait nous être utile. Nos remerciements seraient incomplets s'ils ne s'adressaient au directeur et à ceux qui ont été nos auxiliaires de tous les instants.

Dans le temps où vous allez vivre, l'Assistance pourra peut-être à ceux que nous succéderont [illegible] de retrouver à la tête de cet établissement une femme de haute intelligence et de grand cœur comme l'était Suzanne Churchod, dame Necker, épouse de Jacques Necker, financier et ministre. Madame Necker fut pendant les dix premières années de la fondation la directrice de cet hôpital auquel une juste reconnaissance a donné son nom; nos successeurs n'auront en tout cas pas d'administration plus soucieuse des intérêts de tous, que celle sous laquelle auront exercé leurs devanciers.

Si bien secondés et si largement dotés que nous soyons nous ne nous tenons pas encore pour complètement satisfaits. Nous avons des désirs à exprimer et ce serait mal [illegible] naître que de penser qu'ils ne seront pas [illegible]. Déjà en maintes occasions et en particulier près de M. [illegible], ce dévoué conseiller de notre quartier, nous nous sommes ouverts sur la nécessité de l'éclairage électrique. Les chirurgiens ont besoin de cette puissante lumière, et ils utilisent sa force comburante; les opérés et les malades jouiront de sa parfaite propreté, du maniement si simple de ses appareils d'éclairage. Nous osons redire aujourd'hui que l'hôpital Necker ne sera complètement installé que le jour où on lui accordera ce nouveau privilège. Nous l'osons dire parce que nous sommes assuré que l'on nous écoute avec la plus grande bienveillance. Nous nous garderons cependant d'insister... pour le moment. Il nous est trop agréable de nous réserver l'occasion de remercier encore.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de dire que ce qui est fait si libéralement pour la chirurgie, ce qui l'est à [illegible] Cochin, ce que l'on fait aujourd'hui à Necker, impose aux chirurgiens des devoirs qu'ils sauront comprendre.

Nous ne pourrons oublier que la puissance dont nous disposons et que ces belles installations augmentent, ne doit être exercée que dans le seul intérêt des malades que l'on nous confie. Sans nul doute, nous aurons souvent, très souvent recours aux opérations. Les [illegible] de l'intervention [illegible] sont trop évidents pour que nous hésitions [illegible] à ceux qui en ont un besoin véritable. [illegible] le bistouri dans la [illegible] que lorsque nous serons certains qu'elle [illegible] par d'autres [illegible] la guérison. La [illegible] est [illegible] forte. Elle sera de plus en plus [illegible] en cherchant [illegible] entourer par [illegible] les serviteurs [illegible]

[illegible]
a[illegible]
Nous [illegible]
détaillé [illegible]
MM. [illegible]
[illegible]

VARIA

[illegible] de Paris

[illegible] MM. [illegible] rue d'A[illegible] MM. [illegible]

Mercredi 7. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Joffroy, Chauffard.

Jeudi 8. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Letulle, Ménétrier.

Vendredi 9. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Potain, Marie, Netter. — 4e *de Doctorat* : MM. Strauss, Pouchet, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 10. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Charrin. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Duplay, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Ballet, [illegible] — 1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 7. — Mme Bych[illegible]. Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme (hystéro-traumatisme interne). — M. Angelvin. Contribution à l'étude des fractures sus-condyliennes du fémur.

Jeudi 8. — M. Stojan[illegible]. [illegible] sur les rapports du tabes dorsalis et de la paralysie [illegible]. — M. Bourdette. Iodoforme et iodoformisme. — M. [illegible]. Les aliénés guéris. — M. Orlandacci. De l'iodol en [illegible]. — M. Catrou. Contribution à l'étude de la cystite [illegible]. — M. Gigon. Des indications de la [illegible].

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. (*Médecine opératoire*). — M. le Dr F. Boé, Impasse Nicole, 5, près le boulevard de Port-Royal, les mardis, jeudis, samedis, à 5 h. du soir.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr H. Picard commencera, le lundi 5 juin, à 5 h., [illegible], un cours public et gratuit et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. La [illegible] sera consacrée à l'étude de l'urine.

Clinique des enfants et orthopédie. — M. le Dr Bilhaut, à l'Hôpital international, 9 et 11, rue de la Santé; les vendredis et lundis, à 4 heures.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 14 mai 1893 au samedi 20 mai 1893, les naissances ont été au nombre de 1140 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 431; illégitimes, 144, Total, 575. — *Sexe féminin* : légitimes 441 ; illégitimes 154, Total, 595.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2 424 705 habitants, y compris 18 380 militaires. Du dimanche 14 mai 1893 au samedi 20 mai 1893, les décès ont été au nombre de 1032 savoir : 531 hommes et 501 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 1, T. 7. — Typhus : M. 2, F. 0, T. 2. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 6, F. 13, T. 19. — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 9, F. 13, T. 22. — Diphtérie, Croup : M. 12, F. 11, T. 23. — Grippe : M. 5, F. 13, T. 18. — Phtisie pulmonaire : M. 118, F. 73, T. 191. — Méningite tuberculeuse : M. 13, F. 9, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 4, T. 9. — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 10, T. 13. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 25, T. 42. — Méningite simple : M. 9, F. 11, T. 20. — Congestion et hémorragies cérébrales : M. 16, F. 16, T. 32. — Paralysie : M. 2, F. 2, T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 8, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 36, T. 58. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 8, T. 25. — Bronchite chronique : M. 13, F. 17, T. 30. — Broncho-Pneumonie : M. 21, F. 19, T. 40. — Pneumonie : M. 33, F. 22, T. 55. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 28, F. 19, T. 47. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 12, T. 29. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 5, T. 8. — Diarrhée au-dessous de 5 ans : M. 4, F. 1, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7, T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 19, F. 14, T. 33. — Sénilité : M. 15, F. 23, T. 38. — Suicides : M. 9, F. 7, T. 16. — Autres morts violentes : M. 9, F. 2, T. 11. — Autres causes de mort : M. 89, F. 77, T. 166. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 13. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 4. Total : 26.

Faculté de médecine de T[illegible]. — Lundi dernier, M. le Dr [illegible] [illegible] sur les [illegible] M. le Recteur, sur la pro[illegible] de 900 francs

l'allocation du service de l'histologie (cours et travaux pratiques) fixée par le Conseil de la Faculté à 2.200 francs, et les dépenses engagées à la date du 12 mars 1893 dépassant déjà la somme restante de 1.300 francs, le professeur d'histologie se voit dans la cruelle nécessité d'interrompre, jusqu'à nouvel ordre, les travaux pratiques d'histologie. » Le lendemain, le Doyen, l'excellent M. Caubet, faisait apposer une affiche annonçant aux élèves que les travaux ne subiraient pas d'interruption, et ordonnait au chef des travaux d'histologie de les continuer, coûte que coûte.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Boyé (Bernard-Arthur-Pierre), licencié ès sciences naturelles, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, chef des travaux d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Vuillemin, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, membre du Conseil général des Facultés, est nommé assesseur du doyen de la dite Faculté.

L'hygiène a Lille. — Le maire de Lille vient de créer, par arrêté, une Commission permanente d'hygiène et de salubrité publiques.

Hôpitaux de Lyon. — M. le Dr Pic a été nommé, après concours, médecin des hôpitaux.

Hôpitaux de Nantes. — M. le Dr Edm. Vignard a été nommé, après concours, chirurgien suppléant des hôpitaux.

Ecole d'Anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. — *Cours de MM. G. et A. de Mortillet.* — Dimanche 11 juin 1893. Excursion dans la vallée du Lunain: Menhir d'Ecuelles. Station néolitique près Lorrez-le-Bocage. Polissoirs entre Lorrez et Nanteau. Menhirs dans les environs de Nanteau-sur-Lunain. — *Nota* : Les personnes qui désireraient prendre part à ces excursions sont priées d'en aviser de suite M. A. de Mortillet, à Saint-Germain-en-Laye (S.-et-O.). Pour l'excursion du Lunain, dont une partie sera faite en voiture, l'inscription est absolument nécessaire.

Ecole de médecine et de pharmacie de Tours. — M. Wolf (Edmond), docteur en médecine, est nommé professeur de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours (chaire nouvelle).

Concours du bureau central. — Ce Concours vient de se terminer par la nomination de MM. Delbet et Rochard au titre de chirurgiens des hôpitaux.

Société de chirurgie belge. — Nous apprenons la fondation de la Société belge de chirurgie. Les membres titulaires sont limités à 50 dont 30 fondateurs. Les séances auront lieu à Bruxelles le dernier samedi de chaque mois.

Œuvre de la Tuberculose. — L'Œuvre de la Tuberculose que préside M. le Pr Verneuil, pour donner plus d'extension et de publicité à ses travaux, publiera tous les trois mois un fascicule d'environ 100 pages sous le titre de *Revue de la Tuberculose*. Voici le sommaire de son premier numéro : Strauss : Sur l'histogenèse du tubercule. — Lejars : Note sur la tuberculose des bourses séreuses. — L.-H. Petit : Notice sur M. le Dr Villemin, etc. (Chez Masson, éditeur).

Congrès annuel des médecins aliénistes français. — Le Congrès annuel des médecins aliénistes français se réunira à La Rochelle, au mois d'août 1893. Le Congrès discutera spécialement les questions suivantes : 1° Pathologie : « Des auto-intoxications dans les maladies mentales. » Rapporteur, MM. les Drs Régis et Chevalier-Lavaure ; 2° Médecine légale : « Des faux témoignages des aliénés devant la justice. » Rapporteur, M. le Dr Cullerre ; 3° Législation et administration : « Des sociétés de patronage des aliénés. » Rapporteur, M. le Dr Giraud. Les rapports sur ces questions seront adressés en temps utile aux adhérents. Des séances spéciales seront réservées aux communications particulières. Adresser son adhésion et sa cotisation de 20 fr. à M. le Dr H. Mabille, directeur de l'asile de Lafond (La Rochelle).

L'Exposition des actualités géologiques. — L'ouverture a eu lieu mercredi dernier, 31 mai 1893, à 3 heures, dans une salle dépendant de la galerie de Géologie du Muséum d'histoire naturelle. L'Exposition est ouverte au public les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures de l'après-midi.

Exposition internationale de boissons fermentées. — *L'Association pour le progrès de l'Hygiène* de Bruxelles organise dans cette ville, pour le courant de juillet 1893, une Exposition de boissons fermentées. S'adresser pour renseignements, 32, rue Treurenberg, à Bruxelles.

Crémation. — Le 12 février dernier a été incinéré le corps de M. Ch. Lecapé, né à Eu (Seine-Inférieure), le 15 avril 1822. Plusieurs discours ont été prononcés dès que le cercueil a été placé dans l'appareil crématoire, entre autres par M. Beurdeley, qui a terminé ainsi : « Lecapé, qui avait été utile pendant son existence, n'a pas voulu être nuisible après sa mort et laisser son corps se transformer en agents de corruption, en germes de maladies. Rompant courageusement avec bien des préventions et des préjugés il a tenu à être incinéré. »

Un Crématoire a Glasgow. — Un mémoire émanant d'une Société de Crémation de Glasgow, a été présenté à la Commission du cimetière de Glasgow demandant la permission de construire un four crématoire, une chapelle pour les services funèbres et un colombarium pour y déposer les urnes cinéraires. Le mémoire fut remis aux Directeurs de la Maison des Marchands qui l'ont publié dans leur rapport dans le but de connaître l'état de l'opinion publique concernant la proposition. (*Medical Record* de New-Yorck, 26 novembre 1892, p. 636).

Mission scientifique. — M. le Dr Sauton, ancien interne des asiles de la Seine, est chargé d'une mission en Norvège, Laponie, Finlande, Turquie, Asie Mineure, Egypte, Grèce et Italie, à l'effet d'y étudier la lèpre, aux points de vue historique et scientifique.

Aux mines d'Anzin. — Les ingénieurs viennent d'entreprendre un travail très curieux pour les mines d'Anzin qui ont en ce moment un grand puits de mines de 7 à 800 mètres de profondeur à forer à travers un immense lac souterrain. Les dangers d'inondation présentaient des difficultés énormes. Ces difficultés, les ingénieurs les ont tranchées d'une façon toute nouvelle, en congelant ce lac souterrain à la traversée du puits, grâce à de puissantes machines à glace. Ce puits ainsi foré dans la glace même est alors complètement à l'abri de toute inondation (*Gazette des Eaux*, 25 mai).

VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie en 1894 a Buda-Pesth. — M. Joseph Korosi, directeur du Bureau de statistique de la ville de Buda-Pesth, a fondé un prix de 1,500 francs qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur le but et le progrès de la démographie. L'auteur devra préciser la tâche scientifique de la démographie, faire le critique des différentes théories régnantes et des plus importants travaux démographiques faits dans les principaux pays de l'Europe et des Etats-Unis d'Amérique pendant les cinquante dernières années. L'ouvrage peut être rédigé en langue allemande, anglaise, française, italienne. Il doit être envoyé sans aucune indication pouvant révéler le nom de l'auteur, avant le 1er mars 1894, à M. Joseph Korosi, à Buda-Pesth. L'auteur mettra son nom dans une enveloppe cachetée qu'il joindra à l'envoi de son mémoire. Le prix sera décerné dans la séance générale d'ouverture du Congrès de Buda-Pesth. Le jury se compose des membres suivants ; Dr Jacques Bertillon, directeur des travaux statistiques de la ville de Paris ; Luigi Bodio, directeur général de la statistique d'Italie, secrétaire général de l'Institut international de statistique : Dr V. v. John, professeur à l'Université d'Inspruck ; Joseph Korosi, directeur du bureau de statistique de la ville de Buda-Pesth ; Dr W. Lexis, vice-président de l'Institut international de statistique, professeur à Gottingue ; Dr W. Ogle, du Registral General of birthe deaths and marriages, à Londres.

Etudiantes en médecine. — Actuellement il existe dans nos sept Facultés de médecine 129 femmes : 22 françaises, 95 russes, 4 roumaines, 2 anglaises, 2 serbes, 2 bulgares, 1 turque et 1 allemande. Sont inscrites aussi à la Faculté de droit de Paris : 2 femmes (une russe et une alsacienne) ; aux Facultés des sciences : 29 femmes (23 françaises, 5 russes, 1 américaine) ; aux Facultés des lettres : 249 femmes (226 françaises, 11 russes, 4 roumaines, 3 anglaises, 2 américaines, 1 italienne, 1 suissesse et 1 allemande) ; enfin 14 françaises suivent les cours des écoles de pharmacie, ce qui porte à 403 le nombre total de nos étudiantes.

L'Hygiène coloniale. — Le concours institué par la Société française d'Hygiène pour l'année 1892 : *L'Hygiène coloniale*, a été des plus brillants par le nombre des mémoires envoyés au jury d'examen, par l'exposition méthodique et la parfaite connaissance du sujet. Nous sommes heureux de pouvoir donner dès aujourd'hui le nom des lauréats : *Médailles de vermeil* (*ex æquo*) : M. le Dr Charles Simon, médecin de 1re classe de la marine, au Tonkin ; M. Edouard-Georges Henri, agrégé de l'Université, professeur de sciences naturelles et d'hygiène au lycée de Lorient. *Médailles d'argent* : M. le Dr Chevalier, médecin de 1re classe de la marine, à Rochefort ; M. Hippolyte Goudal, pharmacien, à la Ferté-Milon (Aisne) ; M. le Dr Condreau, médecin-major, à la Roche-sur-Yon (Vendée). *Médailles de bronze* : M. le Dr Navarre, à Lyon ; M. le Dr Fernand Roux, ancien médecin de la marine, à Paris ; M. le Dr Roblot, à Charenton (Seine) ; M. le Dr Fernando Leal de Siera, à Villa-Verde (Espagne).

Exercice illégal de la Pharmacie. — Le tribunal de Valence

a condamné le 10 mars 1893, après plainte fournie par le syndicat de pharmaciens de la Drôme, une sœur de charité qui était attachée à l'hôpital de Valence et qui se livrait à la vente des médicaments pour le compte du dit hôpital. Elle a été condamnée à 500 francs d'amende, avec application de la loi Bérenger, et 100 francs de dommages-intérêts envers le syndicat.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur de géologie au Muséum, fera une excursion géologique publique, le dimanche 4 juin 1893, à *Vaugirard*, *Issy*, *Vanves* et *Meudon*. Pour prendre part à l'excursion, il suffit de se trouver au rendez-vous: Porte de Versailles (fortifications) à 11 h. 1/2 du matin. (On sera de retour à Paris vers 5 heures).

PRIX A DÉCERNER PAR LA SMITHSONIAN INSTITUTION. — Quelques prix à gagner et en valant la peine. Ils proviennent de la fondation Hodgkins et la liste vient d'en être transmise à l'Académie des sciences par M. S. Langley au nom de la *Smithsonian institution*. Les voici : 1° Un prix de dix mille dollars (50,000 francs) à un travail renfermant d'importantes découvertes sur l'air atmosphérique, sa nature, ses propriétés et ses rapports avec les diverses sciences ; 2° Un prix de deux mille dollars (10,000 francs) à l'essai le plus satisfaisant sur les propriétés et les applications déjà connues de l'air atmosphérique et sur la direction à donner à des recherches devant étendre nos connaissances ; 3° Un prix de mille dollars (5,000 francs) au meilleur traité populaire sur l'air atmosphérique et ses rapports avec l'hygiène ; 4° Une médaille d'or dite *médaille Hodgkins de la Smithsonian Institution* sera en outre décernée tous les ans ou tous les deux ans pour d'importantes contributions à nos connaissances sur l'air atmosphérique ou à ses applications. Les mémoires pourront être écrits en anglais, français, allemand ou italien, et devront être envoyés avant le 31 décembre 1894 pour le prix de 10.000 dollars, et avant le 1er juillet 1894 pour les autres prix.

NÉCROLOGIE. — Le Dr Camille RASPAIL, dont l'éloge funèbre a été prononcé vendredi dernier par M. Casimir Périer, à la Chambre des députés, était le fils de l'homme politique dont on inaugura la statue il y a quelques années sur le boulevard qui porte son nom. Le père de Raspail était médecin, et on sait qu'il préconisa un système de médication resté encore fort populaire. M. Camille Raspail avait rendu en 1871 d'éminents services à la défense nationale. Il remplit en effet successivement à cette époque les fonctions de chirurgien des ambulances de rempart, puis celles de chef de l'artillerie des forts du Sud. Il représentait au parlement la ville de Toulon, et il s'était fait une spécialité des questions d'hygiène publique et aussi d'arbitrage entre ouvriers et patrons. Nous saluons en Camille Raspail le médecin instruit qui disparaît en même temps que le républicain énergique à la conscience impeccable. Les obsèques du Dr Raspail ont été purement civiles. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Henry G.-B.-S. GAUDICHIER décédé le 26 mai dans sa 34e année. M. Gaudichier avait créé un dispensaire dans le IVe arrondissement, et avait été plusieurs fois candidat aux élections municipales dans le même arrondissement. Nous apprenons la mort du Dr FLORNAY, décédé à Bordeaux, à l'âge de 70 ans. — Le Dr Flornay était ancien chirurgien en chef de la maternité, et professeur à l'école départemental d'accouchement. — M. le Dr MAQUART, d'Auvilliers-les-Forges. — M. le Dr FAYOLLES, de Dun. — M. le Dr MARCHAL, de Senone. — M. le Dr DODART, médecin de marine. — M. le Dr BEAU, de Sumnes. — M. le Dr BARTIN, de Chauriat. — M. le Dr LECONTE, d'Inchy. — M. le Dr DELARÉS, médecin stagiaire du Val-de-Grâce. — M. le Dr HUBERT, de Mâcon. — M. LECLERC, médecin-major en retraite. — M. le Dr LEREYS, de Castelsarrasin. — Nous apprenons la mort du Dr AMIOT, de Chartres. Cette perte sera vivement ressentie par tous ceux qui l'ont approché. Encore plein de jeunesse, il dépensait sans compter toutes ses forces au service de la science et de ses semblables. D'une bonté inépuisable, d'une activité rare, le Dr Amiot était aussi un ferme républicain. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'une énorme affluence de population.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* M. le Dr CHARCOT. Leçons le mardi à 9 heures 1/2. — *Maladies nerveuses et mentales.* MM. JOFFROY et Jules VOISIN : le jeudi et samedi de chaque semaine, à 9 h. 45. — *Maladies mentales.* — M. Auguste VOISIN, le dimanche, à 10 heures.

HÔPITAL RICORD. — *Syphiliographie.* — M. le Dr Charles MAURIAC : le samedi à 9 heures 1/2 du matin. — M. HUMBERT : le mardi, à 9 h. 1/2.

HÔPITAL LAENNEC. — *Clinique chirurgicale* : M. le Dr NICAISE, le samedi à 9 h. 1/2, salle du Musée. — *Médecine pratique.* — Le Dr Landouzy, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Laennec, y a commencé, le jeudi 27 avril, un cours de médecine pratique. Le jeudi : Dr Landouzy, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (clinique). Le vendredi : Dr Queyrat, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (microbiologie clinique). Le samedi : Dr Paul Claisse, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (séméiotique). Le lundi : Dr Queyrat, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (microbiologie clinique). Le mardi, 10 heures : consultation ; le mercredi, 9 h. 1/4 : examen des malades. Le lundi et le vendredi : Dr Queyrat, 2 heures, exercices pratiques de bactérioscopie appliquée au diagnostic des maladies communes (diphtérie, tuberculose, fièvre typhoïde, pneumonie, charbon, tétanos, etc., etc.). Le cours complet durera deux mois ; pour les exercices pratiques de microbiologie au laboratoire, les places étant limitées, s'inscrire d'avance, au laboratoire, le matin, de 9 heures à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Clinique chirurgicale* : M. RICHELOT : leçons cliniques le mercredi, à 9 heures et demie. Les travaux du service sont organisés comme il suit : *Lundi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Mardi* : Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (Salle Denonvilliers). — *Mercredi* : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opération. — *Jeudi* : Opération abdominale (Châlet). — *Vendredi* : Opération à l'amphithéâtre. — Consultation externe. — *Samedi* : Opérations abdominales (Châlet). — *Service de M. le Dr* BAR, visite chaque matin à 9 h.; — lundi et vendredi, à 10 h., leçons théoriques sur la grossesse et l'accouchement, par le Dr Tissier ; — conférences au laboratoire par le Dr Rénon.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, *conférences cliniques* le mercredi, à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux* : M. DEJERINE, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements.* — M. le Dr BONNAIRE, accoucheur du Bureau central : le mardi, à 5 h. 1/4 ; jeudis, samedis et mardis (Amphithéâtre Velpeau). Le cours sera complet en deux mois et demi environ. — A la fin du cours, *Manœuvres opératoires*, conférences par M. le Dr LEGRY. — M. le Dr BUDIN, chef de service, tous les jours à 9 heures du matin. *Leçon clinique*, le jeudi, à 10 h. 1/2. — M. le Dr P. BUDIN : leçons de *clinique obstétricale* le jeudi, à 10 heures du matin Amphithéâtre Velpeau).

HÔPITAL DE LOURCINE. — M. le Dr DE BEURMANN : Affections vénériennes et syphilitiques, le lundi à 10 heures.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE — M. le Dr F. RAYMOND : Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le jeudi, à 10 heures.

HÔPITAL NECKER. — *Clinique des voies urinaires* — Service de M. le Pr Guyon. — MM. les Drs Legueu, Hallé et Chabrié commenceront, le 5 juin prochain, à 5 heures 1/2, un cours complémentaire sur la clinique, la médecine opératoire, la bactériologie, l'histologie normale et pathologique et la chimie des voies urinaires. Le nombre des élèves étant limité, on est prié de se faire inscrire d'avance, à la Clinique de Necker, pour l'un ou l'autre de ces cours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

ANTONELLI (A.). — L'amblyopie transitoire (Contribution à l'étude des troubles visuels dans les maladies nerveuses). Brochure in-8 de 54 pages. — Prix. 2 fr. — Pour nos abonnés. 1 30

CHABBERT (L.). — Deux cas de bégaiement hystérique chez des dégénérés. Brochure in-8 de 16 pages. — Prix 0 fr. 75. — Pour nos abonnés . . . . » 50

CHARCOT et MAGNAN. — De l'onomatomanie. Brochure in-8 de 61 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . 1 30

LAJARD (J.) et REGNAULT (P.). — De l'existence de la lèpre atténuée chez les cagots des Pyrénées. Brochure in-8 de 52 pages, avec figures. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . » 70

MAGNAN (V.). — Leçons cliniques sur les maladies mentales, faites à l'Asile clinique (Sainte-Anne). Recueillies et publiées par Briand (M.), Journiac, Legrain et Sérieux. — *Deuxième édition augmentée.* — Un beau volume in-8 de 435 pages, avec figures. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 6 »

SOREL (R.). — Contribution à l'étude de la suture totale de la vessie. Volume in-8 de 63 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. 1 50

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

AZAM. — Hypnotisme et double conscience (Origine de leur étude et divers travaux sur des sujets analogues). Avec des préfaces et des lettres de MM. P. Bert, Charcot et Ribot. Volume in-8 de 375 pages. — Prix . . . . 9 fr.

DELORME (E.). — Traité de chirurgie de guerre. Tome II. Volume in-8 de 1,018 pages, avec 397 figures dans le texte. — Prix . . . . 26 fr.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

SANSON (A.). — L'hérédité normale et pathologique. Volume in-8 de 430 pages. — Prix . . . . 8 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

HUXLEY (Th.). — Science et religion. Volume in-18 de 395 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

BERNHARD (J.). — Les médicaments oubliés : La Thériaque, étude historique et pharmacologique. Volume in-18 de 150 pages. — Prix . . . . 2 fr.

DELEFOSSE (E.). — La pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires. Volume in-18, cartonné, de 234 pages. — Prix . . . . 4 fr.

ENDLITZ (M.). — Traitement hypodermique de la syphilis par les sels mercuriels, en général, et par le sozoiodolate de mercure en particulier. Volume in-8 de 176 pages. — Prix. . . . 4 fr.

COYNE (P.). — Traité élémentaire d'anatomie pathologique. — Première partie : Anatomie pathologique générale ; — Anatomie pathologique spéciale (Peau, système séreux et lympathique, appareil locomoteur). Volume in-8° de 384 pages, avec 130 figures.

JACQUEMET (E.). — Les maladies de la première enfance ; premiers soins avant l'arrivée du médecin. Volume in-12 de 175 pages, avec 17 figures. — Prix. . . . . 2 fr

PARIS (A.). — Epilepsie, sa nature, son traitement. Brochure in-8 de 79 pages. — Prix. . . . . 2 fr.

ROMAN (Th.) et COLIN (E.). — Bactériologie des eaux minérales de Vichy, Saint-Yorre, Hauterive et Cusset. Brochure in-8 de 84 pages. — Prix. . . . . 3 fr.

LAURENT (A.). — De la fréquence des maladies vénériennes et des moyens de la faire diminuer. Volume in-8 de 103 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

MERCIER (G.). — Guide pratique pour l'analyse des urines. Volume in-12 cartonné de 188 pages, avec 5 planches et 36 figures. Prix . . . . 4 fr.

ROUVIER (J.). — Le lait (caractères dans l'état de santé et de maladie, altérations et falsifications, germes de maladies, micro-organismes du lait) avec une préface de M. le Dr Budin. Volume in-12 de 344 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

BOCQUILLON-LIMOUSIN (H.). — Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles (4e édition). Volume in-18 de 314 pages. — Prix. . . . . 3 fr.

DELEFOSSE (E.). — L'analyse des urines et la bactériologie urinaire. Volume in-18 de 210 pages. — Prix. . . . . 4 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

GOTCHAUX (E.). — De la symphyséotomie. Volume in-8 de 244 pages. — Prix. . . . . 5 fr.

LANGLOIS (P.) et VARIGNY (H. de). — Nouveaux éléments de physiologie humaine. Volume in-18 cartonné de VIII-940 pages, avec 153 figures. — Prix. . . . . 10 fr.

TERRILLON et CHAPUT. — Asepsie et antisepsie chirurgicales. Volume in-12 cartonné de 198 pages. — Prix . . . . . 4 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain

ANNUAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE des sciences, des lettres et des beaux-arts. Année 1893. Volume in-12 de 617 pages. — Bruxelles, 1893. — Librairie Hagez.

LACASSAGNE (A.). — Le Vade-mecum du médecin expert. Guide médical ou aide-mémoire de l'expert, du juge d'instruction, des officiers de police judiciaire, de l'avocat. Volume in-12, cartonné, de 271 pages.

MANGENOT. — La déclaration obligatoire des maladies contagieuses et l'inspection médicale des écoles. Brochure in-8 de 12 pages.

SOLLIER (P.). — Guide pratique des maladies mentales. Volume in-12 cartonné de 511 pages.

Publications du Progrès Médical.

VIENT DE PARAITRE

ÉTUDE SUR LES TICS

Par le Dr J. NOIR

Un volume in-8° de 176 pages, avec 24 figures dans le texte. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés : 2 fr. 75.

DE LA

MALADIE DES TICS

(TICS, CHORÉE, HYSTÉRIE : DIAGNOSTIC)

Par le Dr CHABBERT

Brochure in-8° de 32 pages, avec 12 figures. — Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés : 1 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY, RUE DE RENNES, 71

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Inauguration de l'amphithéâtre d'opérations et du service gynécologique de la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker.

L'administration de l'Assistance publique nous conviait, le vendredi 2 juin, à une nouvelle cérémonie d'inauguration. Il s'agissait cette fois du magnifique amphithéâtre d'opérations de la clinique du Pr Le Dentu.

Les fêtes de Cochin sont encore trop rapprochées de nous pour qu'il soit besoin d'en rappeler le souvenir à nos lecteurs. Qu'il nous soit seulement permis de dire que ces inaugurations répétées sont un signe des temps. La transformation des services chirurgicaux était inévitable ; elle se fait tous les jours d'une façon lente, mais continue. Aux anciennes constructions, on en substitue de nouvelles, tellement transformées qu'elles ne rappellent en rien celles du passé. Certes, la direction de l'Assistance a droit à la reconnaissance des chirurgiens. Elle se multiplie et l'on ne saurait lui adresser le reproche d'être routinière. M. le Pr Guyon lui a adressé vendredi dernier un juste hommage d'autant plus éclatant qu'il émane d'une personnalité plus haute. Après les pavillons de Cochin, la salle d'opérations de Necker : voilà de quoi satisfaire les plus difficiles, et à ce point de vue l'année 1893 aura été des plus intéressantes. Rappellerons-nous ici les tentatives faites récemment pour discréditer l'administration de M. Peyron. Il semble, à notre avis, qu'il n'y ait point d'occasion plus inopportune pour le faire. M. Peyron a répondu par des faits à ses détracteurs; il ne pouvait choisir meilleurs avocats.

Il y a certainement beaucoup à faire encore pour réformer l'esprit de l'Assistance ; mais le progrès ne se réalise pas d'emblée et l'on ne saute pas à pieds joints dans la perfection. La routine est toujours là qui met des bâtons dans les roues, et l'hostilité des bureaux ne peut être vaincue en un jour. M. Peyron paraît être, tout autant que le groupe progressiste du corps médical des hôpitaux, l'ennemi de la routine et de la paperasse. Il sait se souvenir, et il le montre en toute occasion, que derrière l'administrateur existe toujours le médecin, épris des progrès de son art, désireux de doter la science moderne du nouvel outillage dont elle a besoin.

Au Conseil municipal de Paris revient également le mérite d'avoir commencé la transformation de nos hôpitaux. Il ne marchande jamais son argent lorsqu'il s'agit des déshérités et des malheureux ; aucune dépense ne lui paraît trop forte lorsque la sécurité des malades est en jeu. L'honorable M. Bassinet, qui représentait à Necker l'Assemblée municipale, a répété en termes émus et d'une touchante sincérité que le désir de ses collègues était précisément celui que nous leur prêtons plus haut.

L'amphithéâtre d'opérations de Necker est bien ce qui existe de mieux à Paris dans le genre. Il a été aménagé sur les indications de M. le Pr Le Dentu, et l'on peut dire que chaque détail a été l'objet des préoccupations minutieuses du maître. Comme M. Rochet à Cochin, M. l'architecte Bellouet a su se mettre à la disposition du chef de service, accueillir ses idées et les mettre à exécution. Il ne saurait ici être question comme au pavillon Pasteur de l'hôpital Cochin, d'une installation réalisant tous les *desiderata* de l'asepsie. La première condition pour faire de l'asepsie est d'opérer à huis-clos, avec le minimum d'aides possible. Ce serait mal comprendre le rôle d'un professeur de clinique chirurgicale que de vouloir l'astreindre à éliminer de son amphithéâtre l'assistance qui se presse dans ses salles pendant la visite. Ce serait interdire le passage de la théorie à la pratique à une foule de jeunes gens désireux de s'instruire et qui ne peuvent l'être que là. D'ailleurs l'installation de l'amphithéâtre de Necker a été faite surtout dans le but spécial de faciliter l'enseignement et les démonstrations. La salle est vaste, garnie de gradins étagés, disposés de telle sorte que la vue puisse directement plonger de toutes les places sur la table des opérations. Les bancs sont métalliques, recouverts de peinture bleue, supportés par d'élégants arcs-boutants, les appuis sont élevés et cela dans le but spécial de ne pas trop permettre aux assistants de courber leur taille et de gêner ainsi, en ce qui concerne les rangs inférieurs, la vue des rangs supérieurs. Dans l'hémicycle sont disposés tous les appareils nécessaires pour assurer les meilleures conditions de l'antisepsie. Nous y avons remarqué une énorme cuve en lave émaillée, destinée à permettre l'irrigation prolongée avec des solutions antiseptiques et le lavage minutieux des mains. Comme nous faisait l'honneur de nous le dire M. le Pr Le Dentu, ce qui est surtout important dans une opération, c'est la propreté directe des personnes et des choses qui avoisinent le champ opératoire. L'asepsie des instruments, des mains, et de la région où porte l'incision, voilà ce dont doit se préoccuper surtout le chirurgien. Avec cela on peut tout faire dans de très bonnes conditions.

Le service de gynécologie de M. Le Dentu a été lui aussi doté d'une salle d'opérations suffisamment vaste, quoique de proportions moindres que la précédente et qui est bien en rapport avec le genre d'opérations que l'on y doit pratiquer.

Depuis longtemps déjà. M. Le Dentu avait fait construire au bout d'une de ses salles une salle d'opérations où devaient être pratiquées les interventions d'urgence, celles que l'on fait en dehors des heures des services ou durant la nuit. Cette salle, insuffisamment éclairée pendant le jour, est pourvue d'un système d'éclairage qui permet d'y pratiquer pendant la nuit les manœuvres les plus délicates. Cette installation s'imposait et pareille salle devrait bien être aménagée dans chaque hôpital. Nous connaissons, pour notre part, certain hôpital où il fut impossible de trouver les instruments nécessaires pour pratiquer une laparotomie d'urgence, à une heure peu avancée de la nuit. Cet inconvénient se rencontrera partout où les services ne sont point munis d'un arsenal d'instruments suffisants et où se pratique le système de la location, qui présente pourtant de si graves inconvénients. Il serait bien moins onéreux pour l'Administration, bien plus commode pour tout le monde, d'avoir le nécessaire dans chaque hôpital. On ne doit en outre accorder qu'une confiance très modérée aux instruments désinfectés par un fournisseur dont l'intérêt est de les mettre hors de service le plus tard possible et qui redoute, pour cette raison même, de les exposer à la température d'une étuve.

Avec le personnel instruit et intelligent qui se trouve aujourd'hui dans chaque service, il est facile de pratiquer sûrement et commodément la stérilisation des instruments et des objets de pansements.

La nombreuse assistance qui se pressait à Necker a fait le tour des services de MM. Le Dentu et Guyon.

On a particulièrement admiré l'agencement de la clinique de M. le Pr Guyon, qui ne laisse rien à désirer sous tous les rapports.

Un petit lunch a permis aux invités de se restaurer.

La cérémonie d'inauguration a été présidée par M. le Dr Guyon, dont nous avons ici même reproduit le remarquable discours (*Progrès médical*, 3 juin 1893). Autour de lui étaient groupés MM. Poubelle, préfet de la Seine ; Bassinet, Chauvière, Lyon-Allemand, Viguier, conseillers

municipaux ; Peyron, directeur de l'Assistance publique ; Liard, directeur de l'enseignement supérieur ; Brouardel, doyen de la Faculté ; les Drs Le Dentu, Verneuil, Straus, Bourneville, Dejerine, Périer, Ricard, Schwartz, Rigal, Legroux.

Chaque orateur a trouvé un mot heureux pour qualifier l'œuvre nouvelle, pour remercier le Conseil municipal et l'Administration, pour glorifier la chirurgie française. Tous ceux qui, à l'étranger, ont vu des installations chirurgicales réputées parfaites, se sont accordés à dire que la France, loin d'être en retard sur les pays voisins, marchait maintenant à leur tête, et M. Liard, rappelant une visite qu'il fit à Bâle dans le magnifique hôpital de cette ville, nous redisait un trait qui mérite d'être rappelé.

Un chirurgien, qui faisait les honneurs de son service à M. Liard, lui disait : « Vous trouvez tout cela très bien, n'est-ce pas ; eh bien, soyez persuadé que ce n'est pas en France que nous sommes allé chercher nos modèles. » A l'heure actuelle pareille réponse ne saurait être renouvelée et le chirurgien suisse pourrait peut-être beaucoup emprunter sans déchoir aux installations de Cochin et à celles de Necker. J. Dauriac.

Inauguration de la statue de Théophraste Renaudot.

Voilà près de deux ans que se fondait à Paris, sous l'initiative de notre distingué collaborateur, le Dr Gilles de la Tourette, un comité qui se donna la charge de remettre en lumière la grande figure de Théophraste Renaudot et de faire édifier la statue destinée à l'immortaliser. Ce comité a résigné dimanche matin ses pouvoirs avec la satisfaction d'avoir mené à bien son œuvre. Son président, M. J. Claretie, a remis entre les mains du gouvernement et de la ville de Paris l'image en bronze de Renaudot qui se dresse aujourd'hui rue de Lutèce, presque à l'endroit même où, dans l'ancienne rue de la Calandre, au Grand Coq, s'élevait le bureau d'adresses où Théophraste Renaudot fonda la *Gazette* et les Consultations charitables pour les pauvres malades.

Sur le piédestal, entre autres inscriptions, se remarque la suivante qui est en quelque sorte la profession de foi humanitaire de Renaudot : « *Il faut que, en un Estat, les riches aydent aux pauvres, son harmonie cessant lorsqu'il y a partie d'enflée outre mesure, les autres demeurant atrophiées.* »

Les fauteuils étaient occupés par MM. Ch. Dupuy, président du Conseil; Alphonse Humbert, président du Conseil municipal ; Jules Claretie, de l'Académie française; Poubelle, préfet de la Seine ; Cadet de Gassicourt, de l'Académie de médecine ; Lozé, préfet de police; Brouardel, doyen de la Faculté ; Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Duval, directeur du Mont-de-Piété ; Henri Roujon, directeur des beaux-arts.

MM. Peyron, directeur de l'Assistance publique; Laboulbène, président de l'Académie de médecine; Labbé, chirurgien des hôpitaux, etc., se trouvaient dans l'assistance.

M. Dupuy a résumé l'œuvre de Renaudot et sa prodigieuse activité en faisant remarquer qu'il fut auprès du cardinal de Richelieu, son protecteur, ce que sont aujourd'hui auprès du ministre de l'intérieur le directeur de l'Assistance publique, le directeur du *Journal officiel*, les directeurs du Mont-de-Piété et les fonctionnaires préposés à la surveillance et au contrôle des bureaux de placement et des agences de publicité.

L'œuvre de Renaudot a été éminemment philanthropique, et si elle est multiple, si la variété des points envisagés par ce précurseur peut étonner au premier abord, c'est que l'on ne réfléchit pas assez au but qu'il désirait atteindre. Bien nombreuses en effet sont les misères des pauvres gens, et, entre toutes, en est-il de plus cruelles, de plus angoissantes que la maladie, le manque d'argent et le chômage ?

Contre la maladie et le manque de soins, Renaudot a voulu lutter par l'établissement d'un bureau de consultations charitables, où l'indigent devait trouver secours et médicaments. Le prêt sur gage, ce principe même du Mont-de-Piété moderne, a été institué par lui pour permettre aux indigents de trouver l'argent qui leur manque pour leurs besoins, pour l'achat d'instruments de travail, pour l'établissement d'une petite entreprise à laquelle ils ne sauraient songer sans cela.

Le chômage, il a voulu le rendre aussi court que possible en se faisant l'intermédiaire entre le patron et l'ouvrier, en permettant aux uns et aux autres de se rencontrer, de s'entendre sur les conditions de l'offre et de la demande.

Tout cela ne pouvait prospérer sans publicité, aussi Renaudot ajouta-t-il à ses fondations multiples celle de la *Gazette*, le premier journal qui ait paru en France.

Le rôle du représentant de la Faculté, M. le doyen Brouardel, était particulièrement difficile en cette circonstance. Renaudot n'a pas eu de plus grande ennemie que la Faculté. Elle l'a abreuvé de déboires et a applaudi à sa chute. M. Brouardel s'en est tiré avec son habileté et son talent habituels.

M. le Pr Grasset est venu à son tour rappeler que Renaudot avait soutenu sa thèse devant la Faculté de Montpellier, dont l'esprit de tolérance plus large permettait même aux protestants, tels que Renaudot, d'arriver au titre de docteur, ajoutant qu'il était bien juste que l'ancienne Université de Montpellier, associée jadis aux défaites de Renaudot, assistât aujourd'hui à son triomphe.

A l'issue de la cérémonie, le président du Conseil a remis au Dr Gilles de la Tourette la croix de chevalier de la Légion d'honneur. Nous ne pouvons qu'applaudir à cette nomination qui est la juste récompense des efforts faits par notre collaborateur pour faire sortir de l'oubli le nom du grand philanthrope et lui faire rendre l'hommage public qui lui était dû depuis si longtemps. J. Dauriac.

Signes de la mort.

Dans le supplément annexé au n° 19 du *Progrès médical*, renfermant un extrait du procès-verbal de la dernière assemblée de la *Société pour la crémation*, nous avons indiqué comme un moyen certain de distinguer la *mort réelle* de la *mort apparente* l'emploi de la *thermométrie centrale*. En attendant que nous puissions résumer dans un article spécial nos recherches à ce sujet, nous croyons utile de signaler l'observation suivante.

L'enfant Lapouss... Lucien, atteint d'*idiotie méningitique*, est mort de granulie tuberculeuse le 8 avril 1893. Voici le tableau des températures qui ont été prises :

T. R.	T. du corps	T. de la chambre.
Aussitot après la mort.	39°,5	»
1/4 d'heure après.	39	»
1 h. après.	36	»
2 h. —	35	»
5 h. —	18	22°
8 h. —	14	19
11 h. —	11	17
14 h. —	11	14
17 h. —	22	22

On voit que 5 heures après la mort, la *température rectale* s'était abaissée au-dessous de la *température de la chambre*; puisqu'au bout de 17 heures le cadavre se met en équilibre avec la température de la chambre où il est déposé, c'est-à-dire qu'il suit la température du milieu où il se trouve et qu'il n'a plus la température invariable du corps animal vivant. D'où il suit, comme nous l'avons dit précédemment, que le thermomètre fournit, au moins dans nos climats, un moyen certain de distinguer la mort réelle de la mort apparente. Bourneville.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 juin 1893. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. BROWN-SÉQUARD, à propos du procès-verbal (communication Dominicis), dit que les injections de sang d'animaux d'espèce différente sont beaucoup moins dangereuses que l'opinion commune le croit.

M. FÉRÉ communique quelques observations sur *les effets du traitement testiculaire de M. Brown-Séquard.* Il a employé deux procédés. Le premier, celui des injections, a été employé sur douze malades. Trois s'y sont refusés à cause de la douleur. L'un d'eux, un hystérique, fut même guéri d'une paralysie à la suite de la colère où il se mit pour avoir été blâmé de se refuser à l'injection. Le traitement n'a pas agi sur l'épilepsie, ce qu'on pouvait prévoir, mais il n'a pas relevé les forces de ces malades, plus déprimés que les individus ordinaires. Ils ont tous perdu du poids, sauf un. Leur température n'a pas monté, les injections étaient donc inoffensives mais négatives. M. Féré ne met pas ces quelques observations négatives en face des trois mille et plus observations que M. Brown-Séquard annonce, mais il pense qu'elles ont pourtant leur intérêt.

Un second moyen de traitement a été proposé par M. Brown-Séquard, c'est l'excitation sexuelle incomplète. M. Féré a observé un malade intelligent, marié et père de famille, qui, à la suite des publications à ce sujet, essaya de lui-même ce traitement et aboutit à une impuissance génitale d'abord radicale et qu'un traitement antineurasthénique n'a réussi qu'à améliorer. Le traitement dynamogène avait donc produit un résultat inverse de celui qu'on attendait. M. Féré rappelle d'ailleurs que les dangers des excitations incomplètes sont connus de tous les médecins.

M. BROWN-SEQUARD dit qu'il n'a pas érigé en méthode de traitement le système d'excitation dont parle M. Féré. Il a seulement dit qu'il avait vu des individus auxquels l'excitation manuelle incomplète procurait une certaine suractivité. Il a d'ailleurs reçu plus de cinquante lettres à ce sujet confirmant son opinion. Il est d'ailleurs d'avis que les excitations incomplètes sont en général dangereuses, fait qui est bien connu de tous les médecins.

M. FÉRÉ rappelle que dans les comptes rendus de la Société, M. Brown-Séquard a déclaré avoir conseillé l'excitation manuelle.

M. BROWN-SÉQUARD déclare avoir surtout conseillé l'excitation génitale par les baisers de jeunes personnes, mais pas spécialement l'excitation manuelle.

M. BROWN-SÉQUARD fait une communication sur *le traitement des néphrites par le suc rénal.* On sait que l'anurie peut persister pendant assez longtemps sans amener la mort des sujets. On peut admettre que dans ces cas la sécrétion interne qui existe pour le rein comme pour les autres glandes se continue. Quand l'urémie éclate, c'est que le parenchyme rénal est détruit, et que cette sécrétion interne fait défaut. On peut démontrer ce fait en restituant au sang, par des injections de suc rénal, les principes qui lui manquent. L'urémie serait donc un phénomène d'intoxication par défaut et non d'intoxication par excès.

M. MERGIER présente un *appareil destiné à mesurer les hypermétropies de l'œil.*

M. EDOUARD TOULOUSE, médecin de l'asile de St-Yon, adresse une note sur *quelques expériences dynamométriques chez les aliénées.* On constate une diminution de la puissance musculaire chez les sujets.

M. CHARRIN a constaté avec M. GLEY que *certains produits de sécrétion du bacille pyocyanique exerçaient une action manifeste sur le cœur.* Les animaux pris en expérience présentent à l'autopsie une dilatation considérable des cavités cardiaques, résultant sans doute d'une action vaso-paralysante. M. Charrin rapproche ces accidents de ceux que l'on observe à la fin des maladies infectieuses.

M. DASTRE a étudié l'influence de l'ablation de la rate sur la croissance. Cette ablation est relativement sans effets chez l'adulte, il en est de même pendant le jeune âge, quoique M. Lancereaux ait noté l'infantilisme chez les enfants paludéens; on ne retrouve aucun phénomène apparent sur les animaux dératés très jeunes. Ils ne perdent pas de poids et ne présentent rien de particulier.

M. LABORDE a vu un chien et une chienne dératés jeunes par M. Béclard, et qui eurent ensemble des petits, ce qui montre que l'ablation de la rate n'empêche pas le développement des organes génitaux.

M. TELOHAN présente une *épinoche portant une tumeur volumineuse* constituée par un tissu conjonctif lâche d'apparence myxomateuse.

M. LEGRAIN envoie une note *sur l'origine infectieuse des chéloïdes.* Il s'agit d'une chéloïde récidivée dont les fragments se sont montrés infectieux chez le lapin.

La Société se forme en comité secret. A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 juin 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBENE

Le mal de Bright sans albuminurie.

Au point de vue clinique et thérapeutique on ne saurait trop appeler l'attention sur cette communication de M. Dieulafoy. Pour diagnostiquer l'urémie épileptiforme, apoplectiforme, comateuse, l'urémie délirante simulant l'aliénation, l'urémie gastrique, l'urémie dyspnéique, l'urémie avec angoisse cardio-aortique, la céphalée urémique, on recherche toujours l'albuminurie et les œdèmes. Or, malgré les travaux de Germain See, de Lancereaux, on ne sait pas encore assez que l'albuminurie et les œdèmes peuvent manquer. Sur les observations de Brightisme, recueillies dans la revue de M. Dieulafoy, l'albuminurie manquait dans soixante cas, un quart des cas recueillis. Des malades qui, quelques mois avant, avaient présenté 0 gr. 50, 1 gramme d'albumine dans l'urine, ont été revus plus tard avec des accidents urémiques graves sans albuminurie. Chez plusieurs malades, l'autopsie ultérieure a vérifié l'existence de la néphrite.

En pareils cas, divers petits accidents, malgré l'absence d'albuminurie, permettent de soupçonner le Brightisme. Ce sont : 1° la dureté de l'ouïe, la surdité, le vertige de Ménière, très souvent d'origine urémique; 2° les démangeaisons; 3° la pollakiurie, bien distincte de la polyurie; 4° la susceptibilité exagérée au froid, surtout pour les genoux, les mollets, les pieds; 5° les flexuosités saillantes de la temporale dues à l'exagération de la tension sanguine si bien étudiée par Potain et qui font souvent croire à l'artério-sclérose; 6° les crampes, les secousses électriques dans les mollets, le cou, secousses qui réveillent le malade; 7° les épistaxis peu abondantes survenant quotidiennement le matin pendant plusieurs jours, plusieurs semaines. Tous ces accidents disparaissent par le régime lacté, excellent critérium thérapeutique. Les expériences physiologiques montrent une diminution considérable de la tonicité urinaire. Cette insuffisance de la dépuration urinaire est bien plus que l'albuminurie la caractéristique des néphrites. L'albuminurie ne peut servir de guide ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic, ni pour le traitement du Brightisme. M. Dieulafoy insiste sur l'importance du régime lacté dans toutes les formes et tous les cas. Dans la prochaine séance il étudiera l'association du Brightisme avec la goutte, la syphilis, la chlorose.

DISCUSSION. — M. GERMAIN SÉE signale la nécessité de l'étude de la tonicité urinaire par la méthode de Bouchard pour confirmer le diagnostic de néphrite qu'on ne saurait baser sur les seuls troubles signalés.

Stérésol, vernis antiseptique adhérent aux muqueuses et à la peau.

M. le Dr BERLIOZ (de Grenoble) fait une communication sur le *stérésol*, nouveau remède destiné au traitement des muqueuses et de la peau. Il s'agit d'un vernis antisep-

tique : mélange de gomme laque, benjoin, baume de tolu dissous dans l'alcool et qu'on additionne de phénol ou de naphtol. Ce vernis adhère parfaitement sur les muqueuses et sur la peau. Par de nombreuses expériences, M. Berlioz démontre le pouvoir énergiquement bactéricide du stérésol et prouve que le phénol, qui en est la partie active, ne s'évapore complètement de la couche de vernis qu'au bout de vingt-quatre heures.

Le stérésol est employé depuis trois mois à l'hôpital Trousseau, au traitement de la diphtérie. La proportion des guérisons, pour les angines diphtéritiques, est de 81 0/0. L'application du stérésol n'est pas douloureuse, il ne se produit jamais d'eschare. La couche de vernis reste en place plusieurs heures.

A l'hôpital Saint-Louis, M. le Dr Hallopeau a obtenu des guérisons très rapides d'ulcérations tuberculeuses de la peau et de la langue.

M. le Dr Jullien, chirurgien de Saint-Lazare, a observé des résultats remarquables dans de vieux placards d'eczéma et des ulcérations ecthymateuses. Le stérésol permet de pratiquer l'antisepsie permanente des muqueuses et des régions du corps où il est impossible ou difficile de maintenir des pansements; aussi a-t-il des indications multiples et peut-il rendre de nombreux services.

Traitement du pied bot varus équin par l'ablation de la plupart des os du tarse.

M. Just Championnière. — Dans le traitement opératoire du pied bot, M. Championnière a pratiqué l'ablation de l'astragale aussitôt qu'elle a été préconisée. Depuis, il a perfectionné sa méthode et il donne aujourd'hui une statistique de treize cas tous heureux et présente une formule opératoire d'une extrême simplicité. Dans le traitement des formes graves du pied bot varus équin, il faut enlever non seulement l'astragale, mais tous les os du tarse qui gênent le redressement. C'est ainsi qu'il a enlevé l'astragale, le cuboïde, le scaphoïde, les cunéiformes et même plusieurs fois la partie antérieure du calcanéum. Si l'antisepsie est parfaite, la réparation de ces plaies est d'une simplicité telle qu'on doit s'abstenir de tout appareil inamovible. En mobilisant très vite les pieds opérés on obtient une souplesse suffisante. Il est inutile de faire des sections tendineuses complémentaires. Malgré ces pertes osseuses considérables la voûte du pied est solide et élevée alors qu'*a priori* on devait penser qu'elle serait écrasée. Le pied est seulement un peu raccourci et sa forme ne diffère pas de celui du côté opposé. Les opérés marchent très vite de la troisième à la sixième semaine sans boiterie et sans appareil spécial, avec des souliers à contreforts un peu solides. Ils marchent à plat sur le sol, normalement. La réparation est si simple que M. Championnière estime qu'il ne faut jamais ménager un os du tarse mais aller dans l'ablation des os jusqu'à ce que toute difformité soit immédiatement corrigée. Sur les 13 opérations toutes faites pour cas d'une extrême gravité le succès a été complet et d'autant plus rapide que l'opération a été plus large. Ces résultats sont si satisfaisants qu'on peut établir cette conclusion paradoxale qu'un pied bot compliqué ainsi traité est guéri plus vite et d'une façon plus satisfaisante que les pieds bots peu marqués, pour lesquels on se contente nécessairement des sections tendineuses qu'il faut faire suivre de l'application d'appareils. Mais il faut que l'opération soit large jusqu'à l'excès et il faut que l'antisepsie soit irréprochable ; ce sont les conditions nécessaires de la réparation.

Un cas de thoracoplastie.

M. Verneuil présente un malade à qui M. Quenu a fait le 7 mars une thoracoplastie pour une fistule pleurale datant de deux ans et demi. M. Quénu a fait une resection postérieure portant sur plusieurs côtes et une resection antérieure de façon à obtenir un volet thoracique comprenant l'omoplate. Le resultat a été excellent. Le pus examiné avant l'opération ne renfermait que des streptocoques. La présence de bacilles tuberculeux serait une contre-indication formelle.

Elections. — Dans l'élection d'un membre titulaire pour la section de thérapeutique, M. Debove est élu au 1er tour par 56 voix sur 67 votants. Obtiennent ensuite : M. Hallopeau, 5 voix, M. Laveran, 3 voix, MM. Ferrand et Huchard, 1 voix.

M. Gariel donne lecture d'un rapport sur les titres des candidats correspondants nationaux (physique et chimie). Voici l'ordre de classement : 1re ligne : M. Fleury, de Nantes : — 2e : M. Linossier, de Lyon; — 3e *ex æquo* : MM. Bergonié, de Bordeaux; Bleicher, de Nancy; Hugounenq, de Lyon; Lacour, du Mans.

Lettres de candidature de MM. Hallopeau et Ferrand (section de thérapeutique), de MM. Fernet, Rendu, Straus, (section de pathologie médicale). A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 2 juin 1893. — Présidence de M. Fernet.

M. Juhel-Renoy. — *Symptomatologie des intoxications d'origine carnée.* — Chez 4 malades intoxiqués par la viande de porc crue ou cuite, il y a eu des vomissements, de la diarrhée, une courbature généralisée, une éruption et une fièvre d'intensité variable. L'urine, chez les 3 personnes malades, renfermait de l'albumine et de l'indican. 2 présentèrent des arthropathies. La durée de la maladie a été en moyenne de 1 mois. La condition de ces formes multiples d'intoxication est l'introduction dans l'organisme de poisons d'origine alimentaire et en particulier de ceux qui proviennent de viandes à un degré plus ou moins avancé de putréfaction. Il s'agit de poisons chimiques dont quelques-uns ont pu être isolés et peut-être aussi de parasites expliquant l'apparition des éruptions qui méritent le nom de *dermatoses alimentaires*.

M. Faisans se demande si les symptômes observés par M. Juhel-Renoy tiennent bien à l'intoxication alimentaire, s'ils ne dépendent pas d'une autre cause de la grippe par exemple. Il n'a pas fait la preuve de la nature du pseudo-rhumatisme infectieux.

M. Juhel-Renoy n'a pas trouvé chez ses malades la coloration porcelanique de la langue, décrite par M. Faisans. Les arthropathies n'avaient pas les caractères du rhumatisme vrai.

M. Sevestre. — Ces accidents peuvent être rapprochés de ceux qu'on observe chez certains enfants au moment du sevrage. Ces accidents cèdent généralement au calomel et aux antiseptiques intestinaux.

M. Hanot. — Dans le botulisme auquel M. Juhel-Renoy compare l'état de ses malades, l'hypothermie est la règle.

M. Juhel-Renoy. — L'hypothermie est la règle dans les cas graves, mortels. Les miens étaient des cas bénins. D'ailleurs, dans l'épidémie d'Avor, étudiée par MM. Polin et Labitte, presque tous les malades ont eu de la fièvre.

M. Rendu. — Il est probable que le poison n'est pas le même dans tous les cas où la dose diffère. Le terrain doit jouer un grand rôle dans la production des accidents. J'ai observé, l'année dernière, un cas mortel d'intoxication alimentaire survenu chez un malade, à la suite de l'ingestion d'un pâté de gibier, dont plusieurs membres de la même famille avaient mangé sans inconvénients. Le malade qui succomba après avoir présenté des vomissements et de la diarrhée cholériforme venait d'avoir des chagrins de famille, de plus il était à peine remis d'une colique hépatique, à la suite de laquelle il avait présenté un ictère par rétention. Le foie de ce malade était encore en mauvais état au moment de l'absorption de ce pâté, et c'est vraisemblablement à cette cause qu'il faut attribuer le développement d'une intoxication par un aliment que d'autres avaient absorbé sans en être incommodés.

M. Netter. — Le botulisme dans lequel l'hypothermie est la règle a quelque chose de bien caractérisé et qui diffère de ce qu'a observé M. Juhel-Renoy. Ceci prouve que tous les cas d'intoxication alimentaire ne sont pas semblables ; ils sont sous la dépendance de poisons divers dont les uns élèvent la température tandis que d'autres l'abaissent et, fait intéressant à signaler, il ne survient pas toujours chez des gens ayant ingéré une viande altérée, mais aussi chez des personnes

ayant absorbé une viande qui semble saine. Il s'est produit sans doute dans ces cas avec une grande rapidité des modifications qui nous échappent. Les accidents signalés par M. Juhel-Renoy se rapprochent beaucoup de ceux qui surviennent à la suite de l'ingestion de poissons avariés.

M. Sevestre. — J'ai observé un cas semblable à celui de M. Rendu. Il s'agissait d'un dyspeptique déprimé qui présenta des phénomènes d'intoxication à la suite de l'ingestion d'un pâté de foie gras qui ne produisit aucun effet nuisible chez d'autres personnes. Le terrain joue donc un rôle important dans ces intoxications. Il n'est pas nécessaire que l'aliment soit de mauvaise nature. Il suffit qu'il soit mal supporté. C'est ainsi qu'on voit les enfants au moment du sevrage présenter des accidents graves quand on leur fait ingérer de la viande, aliment que leur intestin est incapable de supporter.

M. Gilbert-Ballet. — Dans une enquête que j'ai faite dans une famille dont plusieurs membres présentaient une affection bizarre, d'apparence typhoïde, j'ai trouvé que la cause des accidents était l'absorption d'une viande vieille, sinon altérée. Les phénomènes présentés étaient l'hyperthermie du pseudo-rhumatisme infectieux et des érythèmes polymorphes.

M. Laveran. — Les érythèmes signalés par M. Juhel-Renoy ne doivent pas être la règle, car dans l'épidémie d'Avor on n'en a pas cité. Il est vrai que l'intoxication était produite dans ces cas par de la viande de bœuf.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 juin 1893. — Présidence de M. Périer.

Pathogénie de l'orteil en marteau.

M. Kirmisson fait une communication sur la pathogénie de l'orteil en marteau. Il a souvent vu, lui aussi, comme M. Berger, le pied plat associé à l'orteil en marteau. Il se produit très probablement, par suite de l'affaissement de la voûte plantaire et de l'allongement du pied, un tiraillement du tendon fléchisseur devenu trop court pour le pied ainsi allongé. Il s'en suit une flexion de l'orteil.

Quand la déformation angulaire est constituée, les lésions anatomiques ne sont pas purement osseuses et tendineuses. Elles portent également sur les ligaments, les parties molles environnantes, aussi doit-on s'adresser à elles dans le traitement.

A côté de l'orteil en marteau typique se range l'orteil en griffe qui constitue une variété différente de la précédente. Il s'agit, la plupart du temps, d'une sorte de pied creux avec chute de l'avant-pied sur l'arrière-pied. Une troisième variété est constituée par le renversement des orteils dans l'hyperextension. Cette hyperextension porte surtout sur le gros orteil et s'observe fréquemment dans la paralysie infantile.

M. Felizet. — On se trouve presque toujours en présence d'une maladie congénitale lorqu'on observe un orteil en marteau. C'est là une difformité qui passe souvent inaperçue dans l'enfance, mais qui s'aggrave bientôt avec le temps et le manque de soins. Au moment de l'apprentissage, lorsque le sujet devient adulte, ce qui n'était rien au début devient une difformité gênante.

On observe presque toujours une différence de longueur entre la face plantaire de la phalange et sa face dorsale. Il s'agit peut-être ici comme dans le genu valgum d'une prolifération épiphysaire exagérée. Les altérations ligamenteuses ne surviennent que secondairement.

M. Marc See, dans un cas de martellement des orteils, s'est attaqué à la première phalange au lieu de réséquer l'articulation suivant le procédé de M. Terrier.

M. Robert a pratiqué la résection de la tête du 1er métatarsien dans un cas d'hallux valgus.

M. Chauvel fait remarquer que la discussion soulevée par son rapport a singulièrement dévié. Il se proposait surtout de faire ressortir la rareté du martellement au gros orteil. Il admet la relation entre cette infirmité et le pied plat.

Traitement des kystes hydatiques du poumon.

M. Delagénière (du Mans) rapporte devant la Société une opération de kyste hydatique du poumon. Il s'agit d'une femme à qui le médecin traitant fit trois ponctions successives pour un épanchement de la plèvre. Ayant retiré du pus, il appela M. Delagénière pour pratiquer l'empyème. Celui-ci incisa le 7e espace et tomba sur une plèvre épaissie et lardacée qu'il attaqua au bistouri. Son incision finit par rencontrer en plein parenchyme pulmonaire une cavité kystique d'où s'écoulèrent du pus et des hydatides. La malade ayant au préalable refusé toute résection costale, on se contenta de drainer; mais bientôt la suppuration s'établit, en même temps que la fièvre hectique. Quelques lavages au sublimé ne donnèrent rien. M. Delagénière pratiqua alors une opération définitive. Il réséqua les 8e, 7e et 6e côtes sur une longueur variant entre 10 et 12 centim., et put pénétrer dans une cavité profonde siégeant en plein poumon et admettant le poing fermé. Il put décortiquer la membrane qui la tapissait. Un drainage fut établi et les suites furent excellentes. Aujourd'hui, la guérison est complète.

M. Berger se trouva un jour en présence d'un kyste hydatique du poumon disposé en bissac. Ayant voulu après ouverture laver la cavité kystique, sa malade fut prise de syncope, rendit par la bouche du liquide et des hydatides et mourut. Il s'agissait là vraisemblablement d'une ouverture du foyer dans les voies aériennes sous l'influence du lavage. Aussi faut-il ne l'employer qu'avec circonspection.

L'électrolyse dans les rétrécissements de l'urèthre.

M. Tuffier communique son rapport sur l'électrolyse dans les cas de rétrécissement, mémoire présenté par M. Desnos.

Cet auteur a fait voir que l'électrolyse avec courants de forte intensité produit des rétrécissements chez les chiens dont l'urèthre était intact.

On obtient aussi un rétrécissement d'un degré moins accentué avec des courants plus faibles. A l'autopsie, la muqueuse est à peine altérée, mais il y a une large ecchymose.

En traitant des rétrécissements provoqués chez le chien par des traumatismes, on arrive à une guérison temporaire. Mais la récidive est la règle et se produit très rapidement.

M. Regnier se propose de faire connaître à la Société des faits qui sont loin d'être en faveur de l'électrolyse.

M. Delorme présente un malade qu'il a guéri par la compression d'une chéloïde douloureuse.

M. Picqué présente à la Société un nouveau trocard.

J. Dauriac.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 1er juin. — Présidence de M. Beauvais.

Résultats cliniques des injections hypodermiques de liquide testiculaire.

M. Bouffé apporte de nouvelles observations de malades traités par la méthode nouvelle, il croit qu'on ne saurait trop s'entourer de précautions dans la critique d'une question aussi nouvelle, mais il faut se mettre à l'abri d'un scepticisme de parti pris. Les malades dont l'auteur a pris l'observation sont ou des neurasthéniques avérés présentant des phénomènes de dépression physique nettement accusés, ou des ataxiques. Chez les neurasthéniques il faut constater le retour de l'appétit, l'engraissement, l'augmentation des forces mesurée au dynamomètre, un enrichissement réel des globules rouges qui de 3 millions ont passé chez plusieurs malades à 4 millions et demi. Chez les ataxiques, mêmes phénomènes avec, en plus, la disparition presque complète des douleurs fulgurantes ; il faut surtout relever le cas d'un ataxique, datant de 6 années, atteint de douleurs fulgurantes perpétuelles, incapable de marcher, de travailler, de lire, enfin frappé d'impuissance absolue. Ce malade, au bout de 4 semaines, a vu tous ces graves phénomènes s'amender ; les douleurs ont disparu, la puissance cérébrale et même génésique est revenue. Ces faits sont des faits cliniques intéressants et qui viennent à l'encontre de l'hypothèse de la suggestion.

M. Bonnefin rapporte des observations anciennes du

Dr Beau traitant toutes les maladies déprimantes par une préparation phosphorée, la *phospholéine.* Il obtenait les mêmes résultats qu'avec la méthode de Brown-Séquard, c'est-à-dire qu'il relevait toutes les fonctions, voyait même disparaître les symptômes objectifs. Il explique ces résultats par une sorte de ravitaillement du système nerveux. Kenny, Churchill emploient aussi, dans les mêmes cas, des solutions phosphorées avec un grand succès.

M. Bardet. — Les cas d'ataxie confirmée, guérie par les injections de suc testiculaire, sont des plus intéressants, mais si la suggestion ne semble pas devoir jouer un rôle démontré dans ces cas, il faut pourtant se souvenir que, dans l'ataxie, les arrêts et la guérison apparente ne sont pas rares. Pour mon compte, j'en ai vu deux cas bien typiques qui, s'ils avaient été traités aujourd'hui, seraient mis à l'actif de la méthode nouvelle; or, j'ai la conviction bien intime que la guérison momentanée de ces deux sujets n'a eu aucune cause thérapeutique démontrée.

M. Bérillon fait observer que la suggestion agit fort bien chez la plupart des ataxiques, lesquels, le plus souvent, sont doublés d'hystériques.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE.

Séance de mai 1893 (Suite).

Traitement chirurgical de la conjonctive granuleuse d'Egypte en Egypte.

M. Abadie. — Le traitement chirurgical de la conjonctive granuleuse qui nous donne de si beaux résultats dans les formes graves et chroniques nous paraissait appelé à rendre d'immenses services dans les pays d'Orient où cette maladie est d'une fréquence et d'une gravité excessives. C'est ce qui m'a décidé à aller étudier la question sur place et à chercher à vulgariser une méthode de traitement que je considère comme supérieure à toutes les autres. Pendant un voyage qui a duré plus de 3 mois, j'ai successivement visité, cet hiver, tous les hôpitaux des grandes villes de l'Egypte, de la Palestine, de la Syrie, de Constantinople et de Grèce. Partout j'ai reçu des médecins et chirurgiens un accueil extrêmement cordial, dont je suis heureux de les remercier publiquement ici. Je les ai trouvés tous très désireux de posséder une méthode de traitement leur permettant de guérir ces cas rebelles qui finissent par décourager autant le malade que le médecin. J'ai constaté tout d'abord que déjà, dans tout l'Orient ravagé par la conjonctivite granuleuse, le traitement chirurgical, même avant mon arrivée, tendait à se substituer presque partout au traitement par les cautérisations au sulfate de cuivre employé de temps immémorial. Il est vrai que ce traitement était fait un peu timidement, les paupières renversées autant que possible, mais plus souvent avec les doigts qu'avec la pince à torsion. Renversement suivi de scarifications plus ou moins profondes, plus ou moins répétées de la muqueuse et lavage au sublimé à 1 p. 500 ou 1 p. 1,000. C'étaient surtout les chirurgiens qui avaient lu la description du procédé, sans l'avoir vu exécuter, qui agissaient ainsi; les autres renversaient les paupières avec la pince et suivaient la technique habituelle. J'ai pu constater que, contrairement aux objections théoriques formulées *a priori*, le traitement chirurgical donne les mêmes résultats en Egypte et dans les pays d'Orient qu'en Europe. La maladie y est beaucoup plus fréquente, cela est vrai, plus grave aussi en raison de l'indifférence et du défaut de soins, mais la maladie restée la même comme nature et est justiciable aussi du même traitement. En Egypte comme en Europe, les formes compliquées de lésions cornéennes bénéficient le mieux du procédé qui permet d'obtenir des succès inespérés.

Le point important dans le traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse c'est d'absorber le foyer principal de la maladie et de mettre à nu la partie la plus élevée du cul-de-sac supérieur, ce qu'on ne peut obtenir qu'en enroulant complètement la paupière autour de la pince à torsion.

Quant aux scarifications, qu'elles soient plus ou moins profondes ou plus ou moins nombreuses, qu'on se serve ensuite de brosse ou de curette, de herse ou de pinces compressives, ou simplement de frictions énergiques avec de la ouate, tout cela n'a pas grande importance à la condition expresse toutefois qu'en accomplissant toutes ces manœuvres on ne produise ni délabrements considérables, ni surtout aucune perte de substance de la muqueuse, ou des tissus sous-jacents. Muqueuse et tissu sous-muqueux doivent être modifiés dans leur structure, mais non supprimés.

Aussi le nom de brossage donné quelquefois à ce procédé manque d'exactitude, car le brossage n'est pas indispensable. Au début, en raison de la douleur violente produite par le renversement excessif de la paupière, j'employais toujours le chloroforme. Actuellement, je me contente assez souvent d'injecter avec la seringue de Pravaz trois à quatre centigrammes de cocaïne dans l'épaisseur de la paupière le long du cul-de-sac supérieur.

Une autre condition indispensable pour le succès final, c'est de s'en tenir exclusivement pour les lavages à une solution de sublimé de 1 pour 500. Tous les deux jours au moins, pendant trois semaines environ, les paupières doivent être retournées aussi complètement que possible et la muqueuse conjonctivale frottée énergiquement, jusqu'au saignement, avec de la ouate trempée dans cette même solution. Si quelques chirurgiens ont eu parfois de mauvais résultats, cela a pu tenir au manque de cette ligne de conduite. Tantôt on revient de suite aux cautérisations avec le sulfate de cuivre, tantôt on applique des pommades, ou bien au bout de quatre à cinq jours le titre des solutions, leur composition sont changés et cette absence de direction dans le traitement aboutit parfois à des résultats désastreux.

D'ordinaire l'application bien faite du procédé suffit une fois pour toutes et les récidives sont très rares. Viennent-elles à se produire, elles sont légères; et le traitement ne doit être repris dans toute sa rigueur que très exceptionnellement (2 à 3 pour 100). L'obligation d'une nouvelle intervention n'offre du reste aucun inconvénient sérieux puisque, comme nous l'avons dit en y insistant, on ne doit produire aucun délabrement de la muqueuse. Les récidives sont parfois insignifiantes et il suffit, pour s'en rendre maître, de retourner les paupières et de les frotter énergiquement avec de la ouate trempée dans une solution de sublimé à 1 pour 500.

M. Trousseau. — J'ai observé des récidives fréquentes et je n'ai pas eu les mêmes résultats que M. Abadie. On doit toujours recourir à des cautérisations.

M. Coppez. — A Bruxelles, nous n'employons le brossage qu'après avoir fait un raclage avec le bistouri. La manœuvre qui consiste à retourner complètement la paupière est fort ancienne. Mackensie avait même adopté un instrument spécial destiné à cet effet.

M. Galezowski. — Contre les granulations, j'ai préconisé depuis longtemps l'excision du cul-de-sac conjonctival; je cautérise ensuite avec le crayon ou une solution de nitrate d'argent. Dans tous les cas l'amélioration est certaine.

M. de Wecker. — M. Abadie pourrait-il nous dire quels sont les cas de conjonctivite granuleuse qui s'accompagnent de suppuration ?

M. Sulzer. — En Egypte et en Arabie, la suppuration accompagne le plus souvent la conjonctivite granuleuse. En Europe, les complications de la cornée se présentent sous la forme de pannus, et en Orient ce sont les ulcérations qui sont les plus fréquentes.

M. Chauvel. — En Algérie, la fièvre purulente n'est pas plus fréquente qu'ailleurs.

M. Parisotti. — J'attends pour me servir du brossage que le procédé se généralise. Il y a à redouter des suites fâcheuses.

M. Abadie. — Le traitement que j'ai indiqué est surtout utile quand il y a des complications du côté de la cornée. Les confrères que j'ai interrogés m'ont répondu que l'ophtalmie purulente ne se montre qu'après la saison hivernale. Dans tous les produits conjonctivaux, le Dr Kartulois a trouvé le gonocoque; il semble être à l'état latent pendant l'hiver, et il reprend toute sa force quand la température s'élève.

L'eczéma palpebral.

M. Trousseau. — L'eczéma des paupières est une affection fort pénible pour les patients et désespérante pour le médecin,

à cause de la difficulté de la guérison, des poussées successives et de la fréquence des récidives.

L'eczéma palpébral s'accompagne toujours d'une conjonctivite spéciale qu'on peut appeler conjonctivite eczémateuse, caractérisée par une sécrétion catarrhale plus ou moins intense qui irrite, aggrave, propage la lésion cutanée. Me préoccupant de guérir cette conjonctivite rebelle aux moyens de traitements ordinaires (sulfate de zinc, nitrate d'argent), j'ai eu un succès inespéré dans l'emploi des lavages conjonctivaux faits avec une solution de sublimé (sans alcool), dont la concentration doit varier progressivement de 0,05 à 0,25 centigr. pour 500 gr. d'eau. J'ai bientôt constaté que l'emploi de la même solution avait le meilleur effet sur la marche de la lésion cutanée améliorée par des compresses tièdes imbibées de ce produit, je dois à cette méthode de très remarquables succès chez des malades atteints depuis longtemps et ne tirant aucun bénéfice des traitements habituels.

Donc l'*eczéma est justiciable du traitement antiseptique*, et ceci donne un singulier poids à l'opinion des partisans de l'origine parasitaire de l'eczéma, de l'Ecole de Vienne spécialement. Pour guérir l'eczéma, il faut assurer l'asepsie de la région, empêcher la pullulation des germes qui y sont nés ou y sont importés par l'emploi des solutions de sublimé et d'acide borique. Empêcher les malades de se livrer au grattage irritant et inoculateur : ne jamais employer les masques malpropres ou les poudres qui fermentent. Si l'eczéma est très irrité on peut appliquer des cataplasmes de fécule préparée aseptiquement. Les pulvérisations phéniquées à 0,50 pour 100, le sulfate de quinine à l'intérieur réussissent bien contre les démangeaisons.

Les pommades sont le plus souvent mal supportées et donnent des poussées aiguës, on ne doit les employer qu'à la période terminale, au moment de l'apparition de la fièvre desquamation épithéliale, et cela avec les plus grandes précautions, en tâtant le terrain, essayant d'abord les moins irritants, tels que la vaseline pure ou l'axonge fraîche vantée par Brocq, puis successivement le bismuth, l'oxyde de zinc, l'ichtyol, l'oxyde jaune, l'huile de cade. Il y a là une question de tact médical.

En résumé, c'est le traitement antiseptique qui doit dominer ces différents moyens complémentaires.

Corps étrangers ayant séjourné dans un œil depuis 15 ans ; névro-rétinite dans l'autre œil.

M. Coppez. — Un homme de 37 ans avait perdu l'œil gauche 15 ans auparavant, à la suite de l'introduction d'un corps étranger. La vue de l'œil droit qui était restée bonne s'altéra, et, en février, on constata une névro-rétinite semblable à celle qu'on observe dans les tumeurs intra-crâniennes ou d'albuminurie. L'appareil de Gérard permit de constater l'existence d'une lamelle osseuse au centre de laquelle se trouvait un morceau de fer du poids de 6 centigrammes.

Tumeur mélanique de l'orbite ; caractères différentiels des tumeurs mélaniques.

M. Lagrange (de Bordeaux). — J'ai dernièrement opéré, par l'extraction complète de l'orbite, une tumeur mélanique grosse comme une noix, développée en dehors du globe de l'œil. La vision avait disparu par la compression du nerf optique ; la sclérotique adhérait au néoplasme, mais le globe de l'œil était complètement indemne. La guérison eut lieu régulièrement ; elle est maintenant complète depuis cinq mois.

L'examen histologique a établi que le pigment était d'origine purement hématique ; l'objectif à immersion a montré un grand nombre de globules rouges sortis par diapédèse des vaisseaux, infiltrés entre les cellules et ayant même quelquefois pénétré dans l'intérieur de celles-ci.

La réaction de Perls, en donnant une coloration bleue, montra d'autre part que l'origine du pigment était bien hématique, puisque cette réaction caractérise les sels de fer. Le pigment uvéal choroïdien ne donne pas cette réaction : c'est là un moyen de distinguer deux variétés de pigment dans les tumeurs mélaniques vraies. Il est bien entendu que les fausses mélanoses, avec hémorrhagies anciennes, cristaux d'hématoïdine, etc., etc., sont en dehors de la question.

Je crois que les tumeurs mélaniques d'origine hématique, qui sont surtout celles de la paupière, de la conjonctive et de l'orbite, sont beaucoup moins malignes que celles qui sont primitivement développées dans la cavité oculaire. Vossius et Birnbacher ont, avant moi, observé des faits qui concordent avec cette opinion.

Les tumeurs mélaniques primitivement développées dans l'orbite, tumeurs que j'ai étudiées à propos de mon cas personnel, sont beaucoup moins graves que les tumeurs mélaniques choroïdiennes ayant secondairement envahi le tissu péri-oculaire.

Simplification de la technique de l'avancement musculaire et capsulaire dans le traitement du strabisme.

M. Grandclément. — Pour simplifier l'opération du strabisme, j'ai imaginé une nouvelle méthode opératoire qui consiste dans le *plissement* du muscle et de sa masse fibreuse à l'aide de *brides cicatricielles sous-conjonctivales*. Voici comment on doit procéder : on pratique d'abord une ténotomie du côté opposé à la déviation, puis sur l'autre côté. Je prends, avec une large pince fixatrice à griffes, un pli large et profond comprenant à la fois la conjonctive, l'épisclère, le muscle et son tendon et une petite portion de la capsule. On obtient ainsi un gros bourrelet charnu entre les mors de la pince. Avec un fil portant une aiguille et chacune de ses extrémités je transperce profondément la base de ce pli au-dessus et au-dessous des griffes de la pince avec chacune des aiguilles que je dirige dans toute l'étendue, depuis la cornée jusqu'à la caroncule. Le pli charnu est peu apparent. Au bout de vingt jours je retire le fil, le bourrelet s'efface et l'œil est maintenu dans sa position normale grâce à ces traînées cicatricielles et au plissement des tissus.

A cette nouvelle méthode opératoire on pourrait donner le nom de : *plissement cicatriciel du muscle et de la capsule* par opposition à l'*avancement musculaire ou capsulaire*.

Kœnig.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 8 juin 1893. — Présidence de M. Fournier.

M. Du Castel présente un malade atteint d'*épithéliome végétant du nez*. La lésion a débuté à l'intérieur du nez, il y a huit ans. L'envahissement a donc été très lent et s'est fait de l'intérieur à l'extérieur où l'on voit aujourd'hui une masse néoplasique très développée et saignante. Si elle a pris ce développement, c'est par suite de l'origine muqueuse de cette tumeur, à ce que pense M. Du Castel. Tout autour de la tumeur existe de la rougeur : est-elle inflammatoire, ou indique-t-elle déjà un commencement d'infiltration spécifique ?

M. E. Besnier. — La question des épithéliomes de la face est moins avancée que celle des syphilomes ou des tuberculomes. Le diagnostic en est toujours difficile et il est nécessaire d'en reprendre l'étude tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique. Le plus souvent l'origine des épithéliomes du nez est intranarinaire plutôt qu'intranasale. Je pense que dans ce cas les applications de naphtol camphré pourront amener la réduction de la tumeur.

M. Quinquaud. — Les lésions périphériques que l'on observe dans ces tumeurs sont spécifiques. Cette notion est importante, car elle indique la nécessité d'une ablation complète.

M. Fournier. — Il s'agit, selon toute vraisemblance, d'un épithéliome ; néanmoins, pour éviter toute surprise, je crois qu'il faut penser à ces syphilides végétantes, tubéreuses, framboisées, comme les appelait Alibert. Il importe donc de faire une enquête sur les antécédents du malade.

M. Gastou communique une observation d'*hydrargyrie*. Il s'agit d'une femme qui fit pour de la séborrhée sèche du cuir chevelu des lotions et des applications avec une solution de sublimé à 1/2,000. Vers le troisième jour, elle ressentit sur la tête une tension et des démangeaisons ; de l'érythème survint, lui gagna les oreilles et s'étendit à la presque généralité des téguments, puis l'éruption prit un caractère polymorphe et elle se compléta en huit jours. Il n'y eut ni gingivite, ni

stomatite. Une dose très faible de mercure avait donc suffi à déterminer des accidents chez une femme dont le système vaso-moteur était, il est vrai, très excitable.

M. FOURNIER présente deux malades atteintes de *leucodermie syphilitique*. Chez elles, les troubles de la pigmentation sont survenus en dehors des régions envahies par l'éruption des syphilides : ils se sont étendus bien au delà. Il y a de plus mélange de taches hyperchromiques et de taches achromiques. Pour ce type mixte, M. Fournier propose le nom de leucomélanodermie. En un point, il existe un véritable vitiligo et à côté une mélanodermie. Une syphilide cutanée peut donc donner lieu à des troubles chroniques, non seulement là où elle siège, mais dans son voisinage, et ces lésions de pigmentation qui débordent l'aire éruptive résultent probablement d'un trouble nerveux influençant les fonctions chromogènes de la peau.

M. BESNIER exprime l'avis qu'il ne s'agit ici que de vitiligo : cette lésion n'est pas seulement constituée par une décoloration d'une surface cutanée, mais aussi par l'adjonction concomitante d'un excès de pigmentation dans les parties voisines.

M. QUINQUAUD présente une enfant atteinte de *pemphigus à kystes épidermiques*. Il insiste sur la coexistence des bulles et des kystes et sur quelques points particuliers de chimie biologique.

M. HALLOPEAU fait remarquer que, dans ces cas, l'état général se maintient satisfaisant.

M. E. BESNIER. — Il existe une dermatite bulleuse infantile encore innommée, qui n'est pas du pemphigus et qui se traduit, comme c'est le cas ici, par des bulles et des kystes épidermiques. Mais ces derniers n'appartiennent pas exclusivement à cette affection, si bien que l'on ne peut considérer la coexistence de deux éléments comme caractéristique.

M. BARTHÉLEMY présente une malade qu'il considère comme atteinte d'*acnitis*.

M. BESNIER. — Ce sont là de ces affections indéterminées au sujet desquelles il est difficile d'avoir un diagnostic ferme.

M. BROCQ. — L'élément initial est une papulo-vésicule. En outre, la malade est sujette à de grandes transpirations : je crois qu'il s'agit d'une forme voisine du lichen simple aigu de M. Vidal.

M. A. DARIER présente 5 malades atteints autrefois d'*épithéliome des paupières*, et guéris dans un laps de temps très court par des attouchements avec l'*acide chromique* et le *bleu de méthyle* alternativement. Ce moyen a l'avantage de n'être pas douloureux et d'amener une guérison rapide, sans laisser de cicatrices difformes. Il est très recommandable dans toutes les formes bénignes d'épithélioma superficiel où l'on hésite à intervenir chirurgicalement. Il est bon de débarrasser d'abord la surface ulcérée des croûtes qui la recouvrent, au moyen de cataplasmes antiseptiques de fécule de pommes de terre cuite dans une solution de sublimé au 1.000e. S'il existe un bourrelet épidermique trop saillant, épais, corné, il faut le toucher *très légèrement* au galvanocautère, pour permettre aux agents chimiques de pénétrer jusqu'aux couches profondes du mal. La surface sur laquelle on doit agir étant bien détergée on l'insensibilise au moyen d'une légère compresse d'ouate trempée dans une solution de cocaïne 10 0/0. Cela fait, on imbibe toute la surface malade, avec un fin pinceau trempé dans une *solution concentrée de bleu de méthyle* (1 gr. sur alcool glycérine *àà* 5 gr). Toutes les parties teintes en bleu sont alors touchées *très légèrement* avec un stylet d'acier trempé dans une *solution d'acide chromique* 1/5; il se produit une réaction couleur pourpre. On réapplique encore une fois du bleu, après quoi on lave soigneusement le pourtour du mal pour enlever l'excès de couleur. Pansements consécutifs; cataplasmes de fécule ou simples compresses au sublimé en permanence, pour éviter la formation de croutes qui retarderaient les applications subséquentes. Les attouchements sont répétés 4 ou 5 fois à 2 ou 3 jours d'intervalle; puis on ne sert plus ensuite que du bleu de méthyle jusqu'à ce que le derme reformé n'absorbe plus la couleur. Le traitement dure de 3 semaines à 2 mois pour les épithéliomas superficiels, suivant leur étendue (environ 1 mois par centimetre carré). Dans les formes térébrantes avec indurations larges et profondes, il serait indiqué de faire des injections interstitielles de bleu de méthyle, tout en faisant les attouchements ci dessus sur la surface ulcérée, en se montrant très prudent dans le maniement de l'*acide chromique* dans ces cas. Les résultats immédiats obtenus par ce nouveau traitement sont rapides et brillants, seront-ils durables? Ne verrons-nous pas de rechutes se produire comme après la plupart des traitements antérieurs? Il est bien probable que dans bien des cas nous aurons des récidives, mais le traitement est si simple et si rapidement efficace qu'il sera toujours facile d'avoir raison de ces rechutes, surtout si le malade est averti.

M. H. HALLOPEAU présente une malade atteinte d'une volumineuse *corne unguéale*. On a décrit sous ce nom deux espèces différentes d'altérations : dans l'une, il s'agit d'une augmentation du volume de l'organe qui s'élargit et surtout s'allonge démesurément; c'est une variété géante d'onyphogryphose; l'organe conserve sa forme normale : dans une autre variété c'est une véritable corne qui vient s'implanter sur la matrice de l'ongle et vient se substituer à cet organe; il en est ainsi chez la malade présentée par M. Hallopeau. Cette corne mesure 7 centimètres de long et 1 centimètre de diamètre.

MM. H. HALLOPEAU et BRODIER présentent une malade atteinte de *dermatite bulleuse chronique*. Son histoire est remarquable par l'extrême gravité des accidents généraux qui ont laissé pendant longtemps peu de chances de survie, par la durée et l'intensité de la fièvre, par la production d'un délire persistant, par la formation d'abcès multiples et volumineux dans le tissu cellulaire sous-cutané, par la production de cicatrices à la suite des éruptions bulleuses et enfin par la lichénification consécutive des membres supérieurs : ce dernier fait vient à l'appui de la manière de voir de M. Brocq qui considère cette lichénification comme caractérisant, non une maladie, mais un syndrome lié au grattage.

M. BROCQ fait remarquer la lichénification en quelque sorte torpide des téguments qui se trouve ici au lieu de la lichénification inflammatoire qui est la règle. Il faut savoir qu'entre la dermatite herpétiforme et le pemphigus foliacé et les érythèmes polymorphes, il y a des faits de passage dont cette maladie paraît être un exemple.

M. MENDEL présente une malade atteinte d'*éléphantiasis* de cause inconnue.

M. GALEZOWSKI fait une communication sur *le décollement de la rétine dans la syphilis*. PAUL RAYMOND.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses*. M. le Dr CHARCOT. Leçons le mardi à 9 heures 1/2. — *Maladies nerveuses et mentales*. MM. JOFFROY et Jules VOISIN : le jeudi et samedi de chaque semaine, à 9 h. 45. — *Maladies mentales*. — M. Auguste VOISIN, le dimanche, à 10 heures.

HÔPITAL RICORD. — *Syphiliographie*. — M. le Dr Charles MAURIAC : le samedi à 9 heures 1/2 du matin. — M. HUMBERT : le mardi, à 9 h. 1/2.

HÔPITAL LAENNEC.—*Clinique chirurgicale* : M. le Dr NICAISE, le samedi à 9 h. 1/2, salle du Musée. — *Médecine pratique*. — Le Dr Landouzy, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Laënnec, y a commencé, le jeudi 27 avril, un cours de médecine pratique. Le jeudi : Dr Landouzy, 10 heures, leçon à l'amphitheatre (clinique). Le vendredi : Dr Queyrat, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (microbiologie clinique). Le samedi : Dr Paul Claisse, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (séméiotique). Le lundi : Dr Queyrat, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (microbiologie clinique). Le mardi, 10 heures : consultation ; le mercredi, 9 h. 1/4 : examen des malades. Le lundi et le vendredi : Dr Queyrat, 2 heures, exercices pratiques de bactérioscopie appliquée au diagnostic des maladies communes (diphtérie, tuberculose, fièvre typhoïde, pneumonie, charbon, tétanos, etc., etc.). Le cours complet durera deux mois ; pour les exercices pratiques de microbiologie au laboratoire, les places étant limitées, s'inscrire d'avance, au laboratoire, le matin, de 9 heures à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE.— *Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux* : M. DEJERINE, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, mercredi à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

CHABBERT. — Paralysie agitante et hystérie. Brochure in-8 de 15 pages. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés. . » 35

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

ROUVIER (J.) et BUDIN (P.). — Le lait (caractères dans l'état de santé et de maladie, altérations et falsifications, germes de maladies, microorganismes du lait). Volume in-18 de 341 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

GUERMONPREZ. — De la prudence en thérapeutique. Brochure in-8 de 69 pages.

LANDAIS (C.). — De l'oxygénation des nouveau-nés. Volume in-8 de 139 pages. — Prix 3 50

LEJORMET (B.). — De la densité du sang, sa détermination clinique, ses variations physiologiques et pathologiques. Volume in-8 de 150 pages. — Prix. . . . . 4 ».

ROSENTHAL (V.). — Les diplégies cérébrales de l'enfance. Volume in-8 de 160 pages, avec 3 tableaux. — Prix. . . 4 »

Librairie L. Battaille et Cie, Place de l'École-de-Médecine.

LABADIE-LAGRAVE. — Traité des maladies du sang. Volume in-8 de 730 pages avec 74 figures.

RENAUT (J.). — Traité d'histologie pratique. Deuxième fascicule : tissus du squelette ; tissu musculaire ; systèmes vasculaire sanguin et lymphatique. Volume in-8 de 654 pages avec 253 figures.

SÉE (G.) — Thérapeutique physiologique du cœur. Tome II. Volume in-8 de 469 pages.

Librairie O. BERTHIER, 101, boulevard Saint-Germain.

MONCORVO. — Quelques réflexions sur l'étiologie et le traitement de la sclérose en plaques à propos des leçons sur les maladies de la moelle, par M. Pierre Marie. Brochure in-8 de 16 pages.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

JANICOT (J.). — L'exercice de la médecine thermale au point de vue de la déontologie médicale. Brochure in-8 de 19 pages.

Librairie G. MASSON, 120 boulevard St-Germain.

GAYET. — Éléments d'ophtalmologie à l'usage des médecins praticiens. Leçons cliniques professées à la Faculté de médecine de Lyon. Volume in-8 de 488 pages. — Prix . . . . . 8 »

MAIRET (A.). — Aliénation mentale syphilitique. Volume in-8 de 182 pages.

Librairie C. REINWALD et Cie, 15, rue des Saints-Pères.

ROULE (L.). — L'embryologie générale. Volume in-16 de 510 pages avec 121 figures intercalées dans le texte. — Prix. 5 »

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES, 4, rue Antoine-Dubois.

CANDALON (A.-A.). — L'Hygiène nouvelle dans la famille avec une préface du Dr Dujardin-Beaumetz. Volume in-8 de 91 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

JOCQS (R.). — La vie, son hygiène, ses maladies. Volume in-12 cartonné de 207 pages.

LAFOURCADE (J.). — De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines. Volume in-8 de 154 pages.

MALAPERT (M.). — Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. Volume in-8 de 88 pages.

PINOT et VIAU. — Essais d'anesthésie locale en chirurgie dentaire au moyen de la tropococaïne (Observations cliniques et expériences sur les animaux). Brochure in-8 de 14 pages.

VIAU (G.). — Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents. Suivi du Manuel opératoire de l'anesthésie par la cocaïne en chirurgie dentaire. Volume in-18 cartonné de 373 pages. — Prix . . . . 5 fr.

NÉCROLOGIE.

L.-J.-F. DELASIAUVE.

Notre vénéré maître, M. DELASIAUVE, est mort, lundi matin, dans sa 89e année.

DELASIAUVE (Louis-Jean-François) est né le 14 octobre 1804, à Garennes (Eure). Il passa son enfance soit dans ce pays, soit à Ivry-la-Bataille et tout jeune aida son père dans son commerce, ainsi qu'il se plaisait si souvent à le rappeler, car loin de rougir de sa modeste origine, en sa qualité de démocrate convaincu, il s'en faisait, au contraire, honneur et avec raison. Il commença tardivement, à Evreux, ses études classiques qu'il mena vite. Puis il vint à Paris étudier la médecine et passa sa thèse en 1830.

Il alla s'établir à Ivry-la-Bataille et acquit bientôt une juste renommée, grâce à son dévouement et à ses connaissances scientifiques qu'il trouva toujours le moyen de perfectionner malgré les soucis et les fatigues d'une nombreuse clientèle.

Mais l'exercice de la médecine en province, à la campagne surtout, constituait un champ trop étroit où il lui fût possible d'exercer son activité et d'utiliser avantageusement ses éminentes facultés intellectuelles. Aussi, dès que les circonstances le lui permirent, s'empressa-t-il de revenir à Paris (vers 1839). Il s'y acquit de suite un rang honorable en prenant une part active à la rédaction de la *Revue médicale* et de l'*Expérience*. Il en profita pour publier les observations les plus intéressantes qu'il avait pu recueillir durant la première période de sa vie de praticien (1).



A la même époque il fit à l'Ecole pratique un cours libre sur la thérapeutique et la matière médicale. En 1843, il fut nommé au concours (à l'unanimité) médecin résident adjoint de l'hospice de Bicêtre et fut attaché au service de Leuret. A la mort de celui-ci, son service fut divisé en deux sections : celle des épileptiques et des enfants arriérés échut à notre maître. Il en fut heureux, lui qui de longue date portait un si vif intérêt aux questions d'enseignement. De là est sorti son beau *Traité de l'épilepsie* (1854) et son remarquable mémoire : *Des principes qui doivent présider à l'éducation des idiots*. Il quitta Bicêtre en 1864 pour prendre à la Salpêtrière la direction médicale de la 4e section consacrée aux épileptiques et aux idiotes adultes.

Un peu avant la guerre, l'Administration décida la démolition des bâtiments affectés à la 4e section, et pendant près de deux ans M. Delasiauve se trouva sans service. M. Baillarger s'étant retiré, sa section revint à notre maitre qui retrouva là, à côté des épileptiques adultes, le service des petites filles idiotes, c'est-à-dire un service tout à fait semblable à celui qu'il avait eu à Bicêtre. Presque chaque année, il profitait de la distribution des prix faite aux enfants pour revenir sur quelques points de leur éducation spéciale.

C'est au concours et avec des épreuves analogues à celles des médecins du Bureau central que M. Delasiauve fut nommé médecin de Bicêtre. Le concours avait été institué par le Conseil général des hôpitaux et hospices, en 1840, afin de pourvoir aux quatre places de médecins résidents adjoints de Bicêtre et de la Salpêtrière. M. Delasiauve venait de s'installer à Paris. Il avait eu l'occasion de connaître MM. F. Voisin et Falret père, et de causer avec eux des questions concernant le service des aliénés. Il se décida à prendre part au concours. Les places furent données aux élèves d'Esquirol. Deux ans et demi après, l'un d'eux, Archambault, ayant été nommé médecin en chef à l'asile de Maréville, la place vacante fut mise au concours (octobre et novembre 1843). Sa nomination lui fut notifiée le 22 décembre et il prit possession de son service le 11 janvier 1844. Partisan convaincu du concours, il protesta lorsque Marcé fut nommé directement au poste de médecin créé à la ferme Sainte-Anne. Le ministère de l'intérieur cherchait à mettre la main sur le service des aliénés de la Seine. Plusieurs des collègues de M. Delasiauve en profitèrent, quelque temps après, pour demander, en ce qui les concernait, l'abrogation de la limite d'âge que leur imposait leur qualité de médecins des hôpitaux. Il refusa d'abord de les suivre, puis céda, vaincu par leurs sollicitations. Il fut ainsi amené à conserver ses fonctions jusqu'en 1878, époque où, sans y être sollicité, il donna sa démission. « C'est une illusion de croire, nous écrivait-il alors, que je puisse m'éterniser dans un titulariat fictif. Moreau et moi nous devons disparaître. La retraite de l'un entraine forcément la retraite de l'autre. »

Comme médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, jusqu'à sa retraite, il s'est acquitté de ses fonctions avec la plus rigoureuse exactitude, qualité devenue rare de nos jours. Tout le personnel de ces Maisons, surtout de Bicêtre, où il était résident, auquel il prodiguait sans compter et bénévolement ses soins avec une bienveillance constante et un dévouement inépuisable, lui a gardé une profonde reconnaissance. Il s'intéressait vivement à ses élèves, leur inspirait le sentiment des devoirs que leur imposait leur profession, les incitait au travail et se faisait un plaisir de les aider dans l'élaboration de leurs thèses.

M. Delasiauve a été l'un des fondateurs de la *Société médico-psychologique*, dont il fut le président, et prit à ses travaux une part des plus actives, ainsi qu'en témoigne la belle collection des *Annales médico-psychologiques*. Il fut aussi l'un des 19 fondateurs de la *Société d'anthropologie* (1859), participa souvent à ses discussions et en fut le président. On trouve encore des marques de son activité dans les *Bulletins de la Société médicale des Hopitaux* et de la *Société de médecine de Paris*.

En M. Delasiauve, le publiciste ne fut pas moins fécond que le membre des Sociétés scientifiques. Outre les journaux dont nous avons parlé, il a collaboré activement à la *Gazette hebdomadaire*, de 1854 à 1860, année où il fonda le *Journal de médecine mentale* dont tous les articles sortaient de sa plume ou étaient soigneusement revus par lui. Ces articles, réunis, formeraient des traités complets de psychologie, de pathologie, de médecine légale et de thérapeutique des maladies men-

(1) Nous citerons les mémoires suivants : *Descente tardive du testicule, prise pour une hernie étranglée et opérée*, 1840 ; — *Empoisonnement par les substances alimentaires altérées spontanément*, 1840 ; — *Consultation médico-légale sur une aliénation mentale occasionnée par les émanations mercurielles*, 1840 ; — *Mémoire sur divers cas de furoncles, d'anthrax, pustules malignes*, 1841 ; — *Mémoire sur divers cas de rétention d'urine*, 1841 ; — *Mémoire sur divers cas de fractures*, 1841 ; — *Expérience sur les conjonctivites avec la solution concentrée de nitrate d'argent*, 1844 ; — *Mémoire sur l'extase*, 1842 ; — *Considérations sur les tempéraments, à propos d'un travail du Dr Foucault sur le même sujet*, 1842 ; — *Considérations théoriques sur la folie*, 1843 ; — *Mémoire sur l'angine œdémateuse* ; — *Examen de diverses critiques de la phrénologie* ; — *Essai de classification des maladies mentales.*, etc.

tales. Après la guerre de 1870-1871, il ne reprit plus la publication de son journal et c'est ici même ou aux *Archives de Neurologie*, qu'il a donné ses derniers travaux.

Ce n'est pas tout. Pour être complet, nous devons rappeler que M. Delasiauve s'est sans cesse préoccupé des questions politiques et sociales ; qu'il joua un rôle actif dans les élections législatives (1848-1889) et municipales (1871-1890) ; qu'il dut à sa situation scientifique et à ses relations d'échapper à la proscription de l'Empire, dont il fut un des adversaires irréconciliables et dont, plus tard, il sut refuser dignement les faveurs. Comme on le verra plus loin, nombreuses sont ses publications sur les questions politiques à l'ordre du jour, sur l'enseignement de la médecine, sur l'Assistance publique. On peut le considérer à juste titre comme l'un des écrivains qui ont le mieux mis en relief l'importance, au point de vue social, de la médecine et du médecin.

Par ses travaux en psychiatrie, M. Delasiauve s'était créé une place des plus enviables parmi cette brillante pléiade d'aliénistes qui a succédé à Pinel, Esquirol, Ferrus, Bayle, Falret père, F. Voisin, et qui se composait entre autres de Baillarger, Calmeil, Leuret, Lélut, Moreau (de Tours), Morel, Parchappe, Renaudin et Trélat.

Par l'élégance de son style, l'harmonie de sa phrase, le choix des expressions, il méritait cette appréciation que nous avons entendu formuler par Axenfeld : « De tous les médecins contemporains, disait-il, celui qui écrit le mieux, c'est Delasiauve. »

Par son dévouement aux malheureux, par ses efforts incessants pour amener dans l'organisation de l'Assistance publique, non seulement à Paris mais dans tout le pays, des réformes radicales destinées à remédier aux abus, à apporter des secours prompts et efficaces à ceux que la maladie où la misère obligent à faire appel à la solidarité sociale ; par son ardeur, qui ne s'est jamais démentie, à réclamer la diffusion de l'enseignement primaire, à mettre l'enseignement de la médecine plus en harmonie avec les besoins des étudiants et avec les progrès de la science ; par sa participation à toutes les luttes politiques en faveur de la liberté, notre vénéré maître mérite l'hommage et la reconnaissance de tous ceux qui ont au cœur l'amour de la Patrie et de la République.

BOURNEVILLE.

Voici la liste des autres travaux de M. Delasiauve :

Discours prononcé le 10 juin 1838, à l'occasion de la distribution des prix de l'école primaire de Garennes (Eure) ; — *Lettre à MM. les pairs, à l'occasion de la condamnation de Mme Lafarge, en collaboration avec B Gallet*, 1841. — *De l'organisation médicale en France sous le triple rapport de la pratique, des établissements de bienfaisance et de l'enseignement*, 1843; — *Agrégation : Lettre à M. le Directeur de la Revue Médicale*, 1844; — *Du projet de loi sur l'exercice de l'enseignement de la médecine*, 1847 ; — *La République, ce qu'elle est ; ce qu'elle doit être*, 1849; — *Nature et degré de l'enseignement primaire*, 1849; — *Un an de révolution ou la situation politique et sociale*, 1849; — *De la création d'asiles communaux pour le traitement des aliénés. D'un mode simple, rationnel et efficace d'assistance pour ces malheureux*, 1865 ; — *Ecole de la Salpêtrière pour les enfants malades, infirmes et arriérées de la 5e division. Distribution solennelle des prix*, 1872 ; — *Confusion politique, dangers, causes, remède*, 1873; — *La solution du problème gouvernemental*, 1874 ; — *Du double caractère des phénomènes psychiques*, 1877 ; — *De la clinique à domicile et de l'enseignement qui s'y rattache dans ses rapports avec l'assistance publique*, 1877 : — *Classification des maladies mentales ayant pour double base la psychologie et la clinique*, 1877 ; — *Distribution des prix à l'école des enfants idiots épileptiques de la Salpêtrière, discours*, 1878, 1879; — *Le scrutin de liste devant la Chambre des députés*, 1881; — *Discussion à propos d'une prétendue monomanie religieuse*, 1882 ; — *Du double caractère des phénomènes psychiques*, 1877 ; — *Essai de classification des maladies mentales*; — *De l'enseignement médical*, lettre à M. J. Duval, 1868; — *D'une forme mal décrite de délire consécutif à l'épilepsie*, 1852; — *D'une forme grave de délirium tremens*, 1852; — *Lettres sur le suicide* ; — *Des pseudo-monomanies ou folies partielles diffuses*, 1859 ; — *Rapport du Comité administratif de l'œuvre de patronage de la Salpêtrière et de Bicêtre*, 1854 ; — *Rapport à l'Assistance publique au nom du Comité des médecins des hôpitaux*, 1846 ; — *De l'enseignement clinique dans les hôpitaux*, 1859 ; — *Rapport à la Société de médecine de Paris sur les questions proposées dans le Congrès médical de* 1845, etc.

Les obsèques de notre vénéré maître ont eu lieu mercredi dernier à midi. Nous avons remarqué dans l'assistance MM. les Drs Falret, Magnan, Reliquet, Laborde, Christian, Laboulbène, J. Voisin, Ch. Féré, A. Voisin, Charpentier, Semelaigne père, Mottet, Ritti, René Semelaigne, Bihorel, Perrin, Durozier, Deflaux ; MM. Ad. Carnot, président de la *Société d'enseignement élémentaire*, Remoiville, ancien député, Salmon, président de la *Société d'Anthropologie*, Pujol, le Dr Ch. Letourneau, le Dr Manouvrier, le Dr Loiseau, le Dr Dureau, Mlle Nicolle, M. Sauton, le Dr Moissenet, le Dr Pinel, le Dr Bouchereau, le Dr Dubuc, de Beurmann, Deschamps, E. Duval, le Dr Collineau, J. Vinot, H. Durand, Lépargneux, Maupas, etc. Une délégation de surveillantes de la Salpêtrière entourait le corbillard.

Après la cérémonie religieuse le corps a été transporté dans la cours du presbytère où des discours ont été prononcés ; par M. le Dr Jules Falret, au nom des médecins aliénistes de la Seine ; par M. le Dr Christian, au nom de la Société médico-psychologique ; par M. le Dr Semelaigne, au nom des anciens élèves du maître ; par M. le Dr Laborde, au nom de la Société d'anthropologie ; par M. le Dr Isambard, député de l'Eure, au nom de l'Association amicale des républicains de l'Eure, habitant Paris. Après les discours, le corps a été transporté à la gare Saint-Lazare, l'inhumation devant avoir lieu à Garennes (Eure), pays de naissance de M. Delasiauve.

Nous publierons dans le prochain numéro des *Archives de Neurologie* les discours qui ont été prononcés.

Inauguration de l'Amphithéâtre d'opérations et du service gynécologique de la Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker.

Voici le discours prononcé à cette cérémonie par M. le Pr Le Dentu qui renferme, lui aussi, des renseignements de nature à intéresser vivement nos lecteurs.

Messieurs,

Les aimables paroles que mon excellent collègue et ami le professeur Guyon vient de prononcer à mon adresse ne peuvent rester sans réponse. Je tiens à lui en exprimer ma gratitude et je suis convaincu qu'il ne doutera pas de ma sincérité.

D'ailleurs, j'ai une part de remerciements tout personnels à offrir à tous ceux qui ont contribué à notre œuvre commune. Certains de ces remerciements seront rétrospectifs. Lorsque j'ai pris possession de ma chaire de clinique, il y a déjà près de trois ans, mon service présentait une grande lacune, entre autres. Les opérations d'urgence ne pouvaient être pratiquées que sous les yeux des malades. Les lois les plus élémentaires de l'humanité étaient ainsi violées à chaque instant. Je demandai à qui de droit et j'obtins l'aménagement d'une salle spéciale munie de tous les appareils nécessaires pour l'antisepsie et d'un système d'éclairage convenable pour la nuit. Le jour où une décision favorable a été prise à cet égard, je puis dire que ceux qui ont participé au vote ont fait une bonne action ; car cette salle, mise à ma disposition peu de temps après mon entrée en fonctions, a déjà rendu de grands services. Je ne doute pas que mes résultats ne se soient ressentis de la possibilité de pratiquer les graves opérations nécessitées par les accidents de diverses sortes ou par les étranglements intestinaux, dans des conditions véritablement satisfaisantes. Notre commodité a trouvé son compte, aussi bien que l'humanité, dans ce progrès qui s'imposait à ce double titre.

De l'autre côté de ce nouveau pavillon il existe un service de gynécologie, composé d'une salle d'opérations qui est, sauf les bancs, la répétition de cet amphithéâtre, et de trois chambres confortablement aménagées où les malades trouveront réunies toutes les conditions qui assurent la guérison. Je ne parle pas des accessoires, qui ne laissent non plus rien à désirer. Ce service sera désormais une annexe importante de la clinique de chirurgie générale. Pour lui comme pour la salle destinée aux opérations d'urgence, je prie MM. les membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique et du Conseil municipal d'agréer mes très sincères et très vifs remerciements.

M. Guyon vous a dit que la construction et l'aménagement de cet amphithéâtre avaient été de ma part l'objet d'une constante préoccupation. Il a dit vrai, je ne crains pas de l'affirmer, car le but était de ceux que l'on poursuit avec

passion. Je puis du moins déclarer que je me sens largement payé de mes peines; car ma joie est profonde à la pensée que je pourrai désormais montrer. à ceux qui me feront l'honneur d'une visite, une installation digne de la ville de Paris, de la Faculté de médecine et de notre cher pays que nous voudrions toujours voir marcher en tête du progrès.

Je me fais, moi aussi, un devoir de remercier notre architecte, M. Belouet, de la bonne grâce avec laquelle il a accueilli mes plans et mes idées personnelles, de la bonne volonté avec laquelle il a toujours cherché la solution des difficultés non prévues, à mesure qu'elles surgissaient. Par son désir sincère de réaliser nos aspirations de chirurgiens et par son habileté déjà éprouvée, il a été pour nous un précieux collaborateur.

Les appareils que vous voyez autour de vous ne représentent pas les seuls moyens dont nous soyons armés pour obtenir une antisepsie et une asepsie parfaites. Sans compter la grande étuve à désinfection située en dehors de cette construction, où nous faisons passer la literie, les alèzes, nos blouses, des étuves à air chaud et à vapeur assurent la stérilisation des instruments et des objets de pansement dans le service de M. Guyon et dans la salle des opérations d'urgence. Tous ces appareils, dispersés dans des locaux divers, sans qu'il en résulte aucun inconvénient réel, constituent un ensemble dont le fonctionnement régulier m'a permis d'obtenir des résultats satisfaisants dans un milieu défectueux à certains égards. Aujourd'hui je puis me considérer comme richement doté, puisque dorénavant le milieu où s'exercera mon activité sera en rapport avec les exigences les plus strictes de la chirurgie actuelle.

Je devrais donc me proclamer pleinement satisfait; mais à une époque de rénovation comme celle où nous vivons, ne reste-t-il pas toujours quelque chose à désirer? C'est du côté des salles des malades que devra se porter dans l'avenir la sollicitude du Conseil de surveillance et du Conseil municipal. Je ne veux pas insister pour ne pas risquer d'affaiblir l'expression de ma gratitude, je me déclare de nouveau très fier du résultat acquis et je ne crains pas de dire que cette journée marquera parmi les plus heureuses de ma carrière chirurgicale.

VARIA

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 12. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Reynier, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Straus, Dejerine, Marie. — (2e *série*) : MM. Fournier, Brissaud, Chauffard.

MARDI 13. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Jolfroy, Letulle. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Charrin. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Guyon, Schwartz, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Le Fort, Duplay, Brun. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Ballet, Roger.

MERCREDI 14. — Dissection : MM. Reynier, Lejars, Sébileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Farabeuf, Tuffier, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Jalaguier, Poirier.

JEUDI 15. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Panas, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Schwartz. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Pouchet, Netter.

VENDREDI 16. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. — (2e *série*) : MM. Straus, Jalaguier, Sébileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Terrier, Ricard, Tuffier. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Potain, Chauffard, Marie. — (2e *série*) : MM. Hayem, Dejerine, Brissaud.

SAMEDI 17. — Dissection : MM. Mathias Duval, Rémy, Quénu. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Bouchard, Ménétrier, Charrin. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Laboulbène, Panas, Brun. — (2e *série*) : MM. Duplay, Schwartz, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Chantemesse, Letulle. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 14. — M. Clarac. Sur l'antagoniste de la tuberculose et du rhumatisme articulaire aigu. — M. Cousin. Traitement de l'eczéma par l'enveloppement dans la toile de caoutchouc. — M. Luys. Contribution à l'étude de l'hygiène alimentaire. De l'action de la chaleur sur les aliments. — M. Decrequy. Ophtalmies purulentes chez les petites filles et les femmes. — M. Jolfrion. Etude sur les complications respiratoires du typhus exanthématique. — M. Gibory. Contribution à l'étude de la procidence et du procubitus du cordon ombilical. — M. Germont. Contribution à l'étude de l'auto-intoxication gravidique. — M. Bouju. Essai sur les indications thérapeutiques dans les tuberculoses chirurgicales. — M. Jouve. Des prolapsus de l'utérus et du vagin dans les kystes de l'ovaire.

JEUDI 15. — M. Moundlic. Du délire sympathique au cours des psychoses. — M. Valentin. Du traitement de certaines collections pelviennes par la ponction et l'incision vaginales. — M. Joullie. De l'érythème noueux secondaire. — M. Galeriu. Quelques considérations sur l'emploi de salicylate de mercure dans le traitement de la syphilis. — M. Aublé. Endocardite pneumonique.

Récompenses de médecins.

L'administration centrale de l'Algérie a fait appel, il y a quelques années, aux médecins de colonisation, leur demandant d'étudier leur région au point de vue médical.

Cinquante-six médecins ont répondu à l'appel. Parmi ces cinquante-six, seize ont été distingués et ont reçu les primes ci-dessous indiquées :

Prix de 400 francs : MM. Moret (Marengo), Prenqueber (Palestro). Festy (Haut-Sebaou).

Prix de 200 francs : MM. Destival (Sidi-Chami), Ravel (Sainte-Barbe-de-Trélat), Crozes (Aïx-Beida), Ricau (Condé), Labrousse (Guelma).

Prix de 100 francs : MM. Péretti (Cassaigne), Sabre-Filhoulaud (Mascara), Monferran (Laverdure), Carcellet (Hammam-bou-Hadjar), Guers (Mouzaïaville), Merveilleux-Duvignau (Nédroma), Barbé (Bouira), Dugan (Saint-Leu).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 mai 1893 au samedi 3 juin 1893, les naissances ont été au nombre de 1105 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 422; illégitimes, 140, Total, 562 — *Sexe féminin* : légitimes, 388 ; illégitimes, 155. Total, 543.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.225,910 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 mai 1893 au samedi 3 juin 1893, les décès ont été au nombre de 845 savoir : 425 hommes et 420 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2. F. 5, T. 7. — Typhus : M. 0, F. 1, T. 1. — Variole : M 1. F. 1. T. 2. — Rougeole : M. 13. F. 16. T 29. — Scarlatine : M 4, F. 8, T. 12. — Coqueluche : M. 2, F. 6, T. 8 — Diphtérie, Croup : M. 13, F. 13, T. 26. — Grippe : M. 4, F. 1, T. 5. — Phtisie pulmonaire : M. 91, F. 74, T 165. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 5. T. 12. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 4. T 11 — Tumeurs bénignes : M. 1. F. 6, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 30, T. 47. — Méningite simple : M. 15, F. 17, T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 16, F. 22, T. 38 — Paralysie, M 5 F. 3, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 1 F. 6, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 31, T. 57. — Bronchite aiguë : M. 4, F 2, T. 6 — Bronchite chronique. M. 11, F 11 T. 22 — Broncho-Pneumonie : M. 8 F. 9. T. 17. — Pneumonie : M. 28, F. 18. T. 46 — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 14, F. 17, T. 31. — Gastro-entérite, biberon. M. 16 F. 14, T. 30 — Gastro-entérite. sein : M 2, F. 6, T 8 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 6, F. 4, T. 10. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F 5 T 5 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3 — Débilité congénitale : M. 11, F. 4, T. 15 — Sénilité : M. 12. F. 14, T. 26 — Suicides : M. 19, F. 7, T 26. — Autres morts violentes . M. 5, F. 4, T. 9. — Autres causes de mort : M. 62, F. 53, T. 115 — Causes restées inconnues : M. 2, F. 0. T. 2.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 7. Total : 37. — *Sexe féminin* : légitimes, 28, illégitimes, 12. Total : 70.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. Régis, docteur en médecine, est chargé jusqu'à la fin de l'année scolaire 92-93 d'un cours complémentaire des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le Pr Arnould est nommé assesseur du doyen.

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. le Dr Pégaud est nommé professeur de pathologie interne.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. Gourret, docteur ès sciences naturelles, délégué dans les fonctions de suppléant des chaires d histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est chargé, en outre, d un cours de minéralogie et d'hydrologie à la dite École.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Herborisations*. — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 11 juin 1893, à Presles. Rendez-vous à la gare du Nord, à 12 h. 15, pour le train partant de Paris à 12 h. 50 pour la station de Presles.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'hygiène sociale*. — Professeur M. le Dr A. MARTIN. — La conférence pratique du dimanche 11 juin 1893 aura lieu à l'Institut de vaccine animale, rue Ballu, 8, à 9 h. 1/2 très précises du matin.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Auvray, Launay, Riche, Mayet et Picou, internes des hôpitaux.

EXPOSITION DES ACTUALITÉS GÉOLOGIQUES. — Hier a eu lieu au Muséum d'histoire naturelle, sous la présidence du directeur, M. Milne-Edwards, l'inauguration de l'*Exposition des actualités géologiques*. M. le Pr Stanislas Meunier a exposé, à l'auditoire très nombreux qui s'était réuni autour de lui, le but de cette nouvelle fondation, et M. Milne-Edwards l'a félicité de l'idée très heureuse qu'il a su mettre à exécution. Cette première série, tout improvisée qu'elle soit, renferme déjà une foule de sujets du plus haut intérêt. L'Exposition est ouverte au public dans la galerie de géologie les mardis, jeudis et samedis, de 1 heure à 4 heures.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE ROME. — Les présidents des 15 sections du Congrès seront : anatomie, M. Todaro (Rome) ; physiologie, X. ; pathologie, macologie, M. Semmola (Naples) ; médecine interne, M. Baccelli (Rome) ; chirurgie, M. Durante (Rome) ; accouchements, M. Pasquale (Rome) ; laryngologie, M. Massei (Naples) ; otologie, M. de Rossi (Rome) ; ophtalmologie, M. Raymond (Turin) ; médecine et chirurgie d'armée, M. Baroffio (Rome) ; dermatologie, M. de Amicis (Naples) ; médecine légale, M. de Crecchio (Naples) ; odontologie, M. Conilliaux (Milan).

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Les listes d'embarquement et de départ pour les colonies des officiers du corps de santé de la marine ont ainsi été arrêtées : médecins en chef : MM. 1 Roussel, 2. Geoffroy, 3. Mathis, 4. Duchateau, 5. Bertrand, 6. Dupont, 7. Laugier, 8. De Fornel, 9. Talairach. — Médecins principaux : MM. 1. Frison, 2. Barre, 3. Miquel, 4. Maget, 5. Leo, 6. Vantalon, 7. Canoville, 8. Dolheule, 9. Siciliano, 10. Ed. Roux, 11. Cantellauve, 12. Riche, 13. Bodet, 14. Abelin. — Médecins de 2e classe : MM. 1 Renault, 2. Caisson, 3 ... nodit Biot, 4. Vergues, 5. Houdart, 6. Collin, 7. Branzon-Bourgogne, 8. Caire, 9. Citi, 10. Roux-Freissineng, 11. Guégen, 12. Bonuescuelle de Lépinois. — Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe 1 Tréguier, 2. Castagné, 3. Plouzané, 4. Daliot, 5. A. Reynaud, 6. Clavel. — MM. les médecins de 2e classe : 1. Guilland, 2. Salaun, 3. Larin, 4. Bonnefoy, 5. Berriat, 6. Doublet, 7. Gombaud, 8. Condé.

Liste d'embarquement des médecins de 1re classe : Brest : MM 1. Guézennec, 2. Dubut, 3. Kergrohen, 4. Laugier, 5 Vergas, 6 Négadelle. — Cherbourg : MM. 1. Pélissier, 2. Deblenne, 3. Fras, 4. Brouellec, 5. Salaun, 6. Nollet. — Lorient : MM. 1. Vaucel, 2. Baner, 3. Thomine, 4. Ropert, 5. J. Kergrohen, 6. Palasne de Champeaux, 7. Du Bois Saint-Séverin. — Rochefort : MM. 1. Gouyon de Pontouraude ; 2. Dufour, 3. Julien-Laferrière, 4. Mialaret, 5. Garron, 6. Touchet, 7. Larrabatie, 8. Plante, 9. Corel, 10. Mercié, 11. Brau-Duclaud, 12. Tardif, 13. Machenaud. — Toulon : MM. 1. Durand, 2. Gouran, 3. Ourse, 4. de Bonadona, 5. Amourette, 6. Cauvet, 7. Aubert, 8 Pons, 9. Jubin-Dudognon, 10. Siboud, 11. Durbec, 12 Philip, 13. Bouton, 14. Couteaud, 15. Théron, 16, Reynaud, 17. L Alix, 18. Barrème, 19. Curet, 20. Raffaelli, 21. Cognes, 22. Poulain.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur au Muséum d'Histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 11 juin 1893, à Argenteuil, Sannois et Cormeilles-en-Parisis. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : Gare du Nord, où l'on prendra, à 9 heures précises, le train pour Argenteuil. Les personnes qui voudront profiter de la réduction de 50 0/0, accordée par le Chemin de fer, devront verser le montant de la demi place, jusqu'au vendredi, au Laboratoire de Géologie, 61, rue de Buffon, ou samedi, à la Galerie de Géologie, avant 5 heures, dernier délai.

N. B. — On sera rentré à Paris à 6 heures.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BLANC, de Lyon. — M. le Dr DUCHATEAU, de Bessine. — M. le FLORNOY, de Bordeaux. — M. le Dr LEFÈBRE, de Bondeville — M. le Dr PAULUS, de Moutegnée. — M. le Dr RAULLET, d'Aumale. — M. le Dr DABAT-DAFFAUX, de Maubourguet (Hautes-Pyrénées) — M. le Dr LEY, de Paris. — M. le Dr HOSPITAL, de Dijon, décédé le 29 mai 1893, dans sa 46e année.

VACANCE MÉDICALE. — Position gratuite et lucrative pour médecin actif dans un chef-lieu de canton dans le Loir-et-Cher, sur la ligne du chemin de fer, à une heure de Tours. — S'adresser pour renseignements à M. le Dr AMAT, à Rambouillet (Seine-et-Oise).

AVIS. — Un médecin de 1re classe est demandé dans les ports pour embarquer sur la *Corrèze*, à Diégo-Suarez, en qualité de médecin-major. — Une circulaire ministérielle demande les noms des médecins de 1re classe, désireux de servir au régiment d'artillerie, et celui des médecins de 2e classe désireux d'aller servir sur l'*Inconstant*, en Chine, et sur la *Loire*, à Saïgon.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY, RUE DE RENNES, 71

en arrière; il compare cette sensation à une ligne, à un fil, mais n'accuse pas une surface de pression. Au niveau de la colonne vertébrale, entre les deux omoplates, existe une plaque d'anesthésie; il en existe également une en avant dans la région du creux épigastrique. La peau des bourses, la verge, l'anus, le périnée et une partie des fesses sont également anesthésiées.

Membres supérieurs. — Fourmillement et hyperesthésie dans le domaine cubital des deux côtés.

Membres inférieurs. — Réflexes rotuliens abolis.

Sphincters. — Depuis 8 mois, absence totale d'érections. Impossibilité de résister au besoin d'uriner ou d'aller à la selle. Envies fréquentes.

Etat général. — Pâleur et amaigrissement très prononcés, aspect cachectique, qu'aucune lésion pulmonaire ou intestinale non plus que le défaut relatif d'alimentation (2 litres 1/2 de lait, œufs et bouillon) ne peuvent expliquer.

L'examen électrique a été pratiqué par M. Huet, qui nous a remis la note suivante :

Dans le domaine facial il existe de la diminution simple de l'excitabilité faradique et galvanique du nerf et des muscles plus accusée dans le facial inférieur (orbiculaire des lèvres surtout) que dans le facial moyen (élévation de la lèvre, etc.), et que dans le facial supérieur (orbiculaire des paupières et maxillaire frontal).

Mais dans le domaine du trijumeau (maxillaire inférieur), le maxillaire temporal est extrêmement atrophié; sa contractilité faradique et galvanique est abolie avec le maximum d'intensité du courant que l'on puisse employer sans accidents (à 4 1/2 — 5 m. A apparaissent des vertiges).

Le masséter est lui aussi atrophié, mais à un degré moindre il conserve son excitabilité faradique et galvanique, mais sensiblement diminuée avec inversion de la formule normale, résection partielle et dégénérescence.

Le buccinateur est lui aussi atrophié, sa contractilité faradique et galvanique est diminuée, mais à un degré qui n'a pu être déterminé.

Rien de particulier du côté de la langue.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Mal de mer et Transatlantiques.

Parfois *bis repetita placent*, même s'il s'agit du... mal de mer : tout est dans la façon d'envisager la question. Aussi les lecteurs du *Progrès médical*, très au courant de mes expériences personnelles et de mes déboires, me pardonneront-ils de revenir à nouveau sur mon thème favori, sur ce terrible fléau des voyages d'outre-mer, cet impôt maudit que je connais si bien et supporte si mal. D'ailleurs, obligé récemment de faire une traversée de huit jours sur l'un des plus grands steamers français, la *Bretagne*, qui jauge 7.200 tonneaux, — il n'y a guère que la *Touraine* dont le tonnage (8.000 t.) soit supérieur, — j'ai pu faire quelques remarques qui intéresseront certainement tous ceux que le mal de mer ne saurait laisser indifférents. Et je ne crains pas d'ajouter — n'oubliez pas que j'écris d'Amérique où la modestie ne brille guère — qu'on peut de confiance leur attribuer une réelle valeur : Le médecin du bord, mon ami M. le Dr Leclerc, pourrait, si besoin était, en témoigner avec l'appui du commandant et de tous les passagers qui, de mémoire de marins, ne virent jamais traversée plus belle et un homme plus malade... De l'avis de tous, paraît-il j'ai tenu le record français pour cette espèce nosologique : je n'en étais pas plus fier pour ça, surtout au voisinage de Terre-Neuve.

Si j'insiste sur ces faits... désormais classiques, c'est parce que dans les derniers numéros de la plupart des journaux de médecine on a pu lire ces temps-ci d'élogieuses notices en faveur d'un procédé ancien pour lutter contre le mal de mer — je veux parler du port constant d'une *ceinture abdominale* pendant toute la durée du séjour en mer, moyen que vantait encore il y a quelques jours à peine un confrère de Rouen, si la mémoire ne me fait pas défaut. A son dire, en s'astreignant à l'usage d'un bandage de corps très serré au niveau de la masse intestinale, on atténuerait, dans une très notable proportion, les inconvénients de toute traversée chez les personnes prédisposées. J'ai voulu contrôler par moi-même ces assertions qui, *a priori*, me paraissaient un peu exagérées et je me suis muni, avant d'embarquer, d'une ceinture élastique exécutée avec grand soin par une personne accoutumée à la confection de ces appareils. Au moment où la *Bretagne* levait l'ancre dans le port du Havre, la dite ceinture était à son poste, qu'elle n'a abandonné que sur la terre des Indes occidentales... Et pendant 8 jours et 8 nuits, elle n'a cessé de comprimer, avec une conviction qui est tout à l'honneur de nos fabricants de tissus élastiques, l'abdomen du sujet en expérience. Au début, ce fut gênant; plus tard le patient comprit que décidément les femmes ovariotomisées avaient tort de se plaindre et que le port de cette ceinture, dans la station verticale ou pendant le séjour au lit n'est pas si pénible qu'on s'est plu à le dire.

Pendant quelques instants, j'ai eu confiance dans ce procédé nouveau, auquel je recourais pour la première fois. Mais nous étions à peine en vue de la pointe de Cherbourg que, malgré des efforts dignes d'un sort meilleur, j'étais obligé de regagner, le désespoir à l'estomac, ma cabine, choisie à dessein au centre du bateau. Et pendant 5 jours et 5 nuits je ne la quittais pas, pas plus que la fameuse ceinture. Pendant 2 jours, à diverses reprises les vomissements survinrent, malgré un temps superbe et une mer d'huile, malgré la *position horizontale et l'immobilité la plus absolue.* Mais bientôt ils cessèrent sous l'influence de l'emploi strict du procédé sur lequel j'ai insisté dès 1888 avec mon regretté ami Paul Loye, à l'occasion de notre voyage en Méditerranée, c'est-à-dire du *repos au lit*, en ne prenant qu'une nourriture très légère et très peu abondante (oranges, glace en fragments, cerises, œufs à la coque, etc.). Le soir de la cinquième journée de route, je montai enfin sur le pont par un brouillard intense (on approchait déjà du grand banc de Terre-Neuve) : je pus y rester quelques heures. Le lendemain, avec un ciel d'azur, une mer très calme et la température du Gulf-Stream, je renouvelai la tentative de la veille; malgré des crampes stomacales assez pénibles, je triomphai, mais en restant étendu presque horizontal sur le pont et ne mangeant que très peu. Les deux dernières journées de la traversée, il y eut encore des vomissements et je ne redevins moi-même que dans la rade de New-York.

Dès les premiers jours, tous les passagers étaient hors de cause (un nombre restreint d'ailleurs avait dû payer son tribut pendant deux soirées où la mer fut un peu houleuse, au commencement du voyage) et pouvaient prendre tous leurs repas à la salle à manger. Or, je suis le seul qui, pendant toute la traversée, ne pus jamais, sans *immédiatement* être pris de nausées... suivies d'effet, m'asseoir à la place qui m'était réservée; et, fait bien rare, par une mer aussi belle, en huit jours, je n'ai pas réussi à prendre un seul repas en tête-à-tête avec mes compagnons de route! Pourtant, malgré ce séjour au lit prolongé, malgré ce jeûne relatif, je ne me suis pas un instant trouvé fatigué. En mettant le pied sur le sol américain, je me retrouvai aussi solide gaillard que sur nos boulevards et, le soir, je trottai par la ville.

Pour moi, l'expérience est décisive: la ceinture n'a eu aucun effet prophylactique. Si elle a contribué à diminuer la fréquence des nausées — ce dont je doute fort — elle

n'a jamais en tous cas réussi à arrêter les vomissements, dès que je quittais la *position horizontale*. Je ne la condamne donc pas, mais persiste à la croire impuissante et m'en tiens à mon procédé de 1888 qui cette fois encore m'a seul permis de me tirer d'affaire.

Des constatations que j'ai pu faire, des renseignements que j'ai pu obtenir à bord soit des passagers, soit de mon excellent confrère, le Dr Leclerc, médecin de service sur la *Bretagne*, je suis arrivé à conclure qu'il y a des personnes — dont je suis, hélas ! — qui sont incapables *par les temps les plus calmes* de faire quelques mètres en mer sans être prises d'accidents. Ces personnes, qui sont heureusement fort peu nombreuses (1 ou 2 0/0 environ des passagers ordinaires des transatlantiques), sont d'une sensibilité exquise au mouvement : elles apprécient avec une netteté sans égale le moindre tangage ou roulis et dès lors doivent, pour y résister, se placer absolument horizontalement dans le sens du grand axe du bateau ; les positions debout et assise sont intolérables. Alors même que ces malades sont couchés, ils sont indisposés si la tête n'est pas exactement dans le prolongement du grand axe du corps. Et l'on pourrait dire que dans ces cas la formule du bien-être est la suivante : « Faire tout pour que l'axe du corps se rapproche le plus possible du grand axe du bateau. »

Il résulte de là que le moyen prophylactique le plus sérieux pour ces malades incurables consisterait à diminuer autant que possible les mouvements des bateaux, c'est-à-dire, pour les traversées auxquelles je fais allusion ici, à augmenter notablement le tonnage des steamers français. Puisque l'Angleterre en possède un très rapide de 12,000 tonnes (la *Campania*), puisque l'Amérique en a désormais un de plus de 10,000 tonneaux (*Paris*), pourquoi la Compagnie transatlantique ne suivrait-elle pas ces traces ? Elle améliorerait certainement de la sorte la situation de quelques-uns de ses clients à l'estomac par trop susceptible. J'avoue, d'ailleurs, que si des considérations spéciales ne m'obligeaient pas à revenir par la voie française, je n'hésiterais pas à prendre la *Campania* pour regagner Paris, à titre de comparaison. 3,000 tonneaux de différence pour le bateau qui le transporte et 3 jours de traversée en moins, tout cela compte dans le fonctionnement d'un estomac humain.

Les médecins des transatlantiques, qui n ont qu'une confiance assez modérée dans la valeur pratique du moyen auquel j'ai recours, y ajoutent actuellement, en dehors des remèdes connus, l'emploi de deux médicaments qu'il n'est pas inutile de signaler à nos lecteurs : ce sont les injections sous-cutanées de *strychnine* et l'ingestion d'un sel de cocaïne en potion. Ces substances, paraît-il, calment les douleurs et les vomissements qui sont si fréquents chez les neurasthéniques voyageant en mer. J'ai tenu à citer sans commentaires ces remarques, laissant à chacun le soin d'en tirer parti. Quant à moi, à ma très prochaine traversée, je compte encore et surtout sur l'*immobilité absolue dans la position strictement horizontale* (séjour au lit dans la cabine) *avec une alimentation aussi légère et aussi nutritive que possible*. Je ne veux pas oublier d'ajouter que la *glace*, à laquelle on a songé peu souvent en ces circonstances, rend les plus grands services et soulage beaucoup dans la variété de mal de mer à laquelle j'ai fait allusion dans cet article. Marcel BAUDOUIN.

ACCIDENT A L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE A LYON — M. Jourdan, élève de l'Ecole de santé militaire de Lyon, prenant le 13 juin une leçon d'escrime, s'est enferré sur le fleuret du maître avec qui il tirait. L'arme s'était brisée au cours d'une parade. Le malheureux jeune homme est mort peu d'instants après.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 mai 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LACAZE-DUTHIERS.

M. J. CHAMPIONNIÈRE. — *Recherches sur les modifications de l'excrétion de l'urée au cours de certaines maladies chirurgicales et surtout après les grandes opérations. Conséquences au point de vue thérapeutique et des soins consécutifs aux opérations.*

La diminution du taux de l'urée, qui du reste s'accompagne habituellement d'une diminution parallèle de la quantité de liquide urinaire rendue est bien loin de caractériser toujours les cancers viscéraux. On la trouve surtout dans les cas où ces cancers ont déjà déterminé une déchéance organique considérable ; dans le cas où la santé générale est conservée, le taux est souvent voisin de la normale.

Cette diminution est plus commune dans les cancers des ovaires. Toutefois, même avec les cancers des ovaires, on peut trouver le taux de l'urée à peu près normal. Cette condition est favorable au point de vue opératoire. Dans les *ovarites scléro-kystiques*, l'abaissement du taux de l'urée témoigne d'une cachexie grave. Si chez ces cachectiques on veut faire impunément des opérations, il faut par des soins et par le repos faire se remonter ce taux de l'urée.

Augmentation de la décharge de l'urée après les grandes opérations. — Quel que soit le taux de l'urée dans l'urine, aussitôt après l'opération ce taux augmente dans d'extraordinaires proportions. C'est du premier au troisième jour après l'opération que se produit cette augmentation. Cette élévation est d'autant plus remarquable qu'à ce moment on ne pourrait la mettre sur le compte des ingesta, puisque l'opéré est à la diète dans cette période. Au bout de quelques jours, ce maximum s'abaisse et le sujet revient au voisinage de la normale. Cette décharge d'urée peut être expliquée par l'ébranlement du système nerveux, soit par la résorption des épanchements ou des éléments anatomiques compromis par le traumatisme. En tous cas, au point de vue de la pratique chirurgicale, elle demande un rein, sinon sain, du moins suffisant. Pour l'accomplissement de cette fonction, le rein doit être aidé dans la mesure du possible et cela par l'administration des purgatifs.

L'examen du taux de l'urée doit précéder et suivre toutes les opérations. Il donne de précieuses indications sur l'état de la santé générale du sujet et sur certaines préparations qu'il est nécessaire de lui faire subir.

Séance du 5 juin 1893.

M. MAYET. — *Sur les effets de l'inoculation aux animaux de cancer humain ou de produits cancéreux. Résultat positif dans un cas.* — Sur trois rats inoculés par l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané avec un néoplasme du sein (dont la nature n'a pas été déterminée par l'examen histologique), l'un d'eux a succombé sans lésions néoplasiques, un autre a succombé après 10 mois, présentant dans le rein droit deux foyers de dégénérescence épithéliomateuse. M. Vialleton qui en a fait l'examen histologique considère la lésion comme un néoplasme formé de cellules épithéliales, dont quelques-unes se rapprochaient beaucoup des cellules épithéliales du carcinome type. M. Bard voit dans ces éléments des cellules épithéliales encore embryonnaires. Dans trois autres séries d'inoculations pratiquées avec des tumeurs anciennes, les résultats ont été complètement négatifs. MORAX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 juin 1893. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. CHARRIN fait une communication sur la valeur des *portes d'entrée de l'infection* au point de vue de la rapidité de cette infection. C'est ainsi que l'inoculation sous-

meningée du bacille py[illegible] une infection extrêmement rapide, probablement par son action directe sur les centres nerveux qui se trouvent immédiatement frappés et paralysés.

M. Féré rapporte un cas d'*épilepsie chez l'oiseau*. Il rappelle que cette affection a été déjà constatée à plusieurs reprises. M. Féré a observé un serin qui présentait des attaques avec aura. L'animal fut soumis au bromure de potassium. On lui donnait comme boisson une solution du sel à $\frac{1}{100}$, et il paraît actuellement guéri.

MM. Roger et Cadiat rapportent l'observation d'un *chien atteint d'une tumeur du cervelet* diagnostiquée pendant la vie, à cause de l'incoordination motrice considérable que présentait l'animal. Il était atteint de titubation curieuse et s'appuyait aux murs de la pièce où il était. L'autopsie a montré la destruction du lobe gauche du cervelet par un néoplasme volumineux. Ce fait confirme les expériences de Flourens et de ses successeurs sur le rôle des lésions du cervelet dans l'incoordination de la marche.

MM. Cadéac et Bournay (de Lyon) adressent une note sur la *résistance du bacille de Koch* injecté par la voie stomacale chez des chiens et des pigeons. Les animaux ne s'inoculent pas en général, mais le bacille peut être rendu dans les selles encore virulent, et être ainsi disséminé dans des conditions qui favorisent les contages ultérieurs.

M. Laguesse (de Lille) adresse une note sur le développement du pancréas, et en particulier de ses éléments épithéliaux.

Adénome kystique aberrant du corps thyroïde.

M. A.-H. Pilliet. — Les glandes thyroïdes accessoires que l'on observe chez les animaux et chez l'homme présentent, en général, la structure de la glande thyroïde normale et peuvent, par conséquent, jouer le rôle de suppléance qu'on leur a reconnu dans ces derniers temps. Il n'en est pas de même d'une variété de glandules thyroïdiennes aberrantes ou flottantes, qui sont [illegible] des chirurgiens. Ces productions constituent de véritables tumeurs, souvent kystiques. Nous avons eu l'occasion d'examiner une de ces productions, enlevée par M. le Pr Tillaux dans les circonstances suivantes :

Il s'agissait d'une jeune fille de 10 ans [illegible] et sans autre tare morbide qu'un léger degré de chlorose. Elle portait à la région antérieure du cou une petite tumeur grosse comme une noix, mobile, indolore, déterminant de temps en temps des accès de suffocation. En étudiant cette tumeur on la trouvait dure, tendue, comme kystique, mais sans fluctuation bien appréciable. Elle paraissait reliée par un pédicule à la partie gauche du cou. M. Tillaux porta le diagnostic de kyste pédiculé développé aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde, et pratiqua le 19 mai dernier l'ablation de la tumeur.

L'examen histologique, après fixation par l'alcool [illegible], a montré que cette tumeur était composée par un tissu thyroïdien présentant plusieurs degrés d'altérations. Les parties solides sont constituées par des groupes de vésicules thyroïdiennes très petites, et, dans beaucoup de points, le tissu glandulaire n'est plus composé que de tubes serrés et étroits, sans sécrétion colloïde dans leur intérieur. C'est donc à de l'adénome [illegible]. Dans d'autres points, les cavités normales du corps thyroïde se retrouvent, mais considérablement dilatées et formant des [illegible] comparables à ceux du goitre. Enfin, on note un [illegible] celui de kystes hématiques, et il est dû à la végétation de bourgeons adénomateux au contact et sur les parois mêmes des grands kystes. Ces bourgeons friables et de nouvelle formation [illegible] des hémorrhagies intra cavitaires tout à fait comparables à celles que l'on rencontre dans l'adénome rénal.

Cette tumeur pédiculée du corps thyroïde était [illegible] [illegible]. Il est à penser que ce [illegible] de glandes aberrantes [illegible] reliées au corps thyroïde [illegible], deviennent [illegible], augmentent de poids et de volume et glissent peu à peu à une distance [illegible] de la glande (1). Tillaux en a rencontré une dans [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

M. [illegible] corps qui [illegible] quand on [illegible] possède aucune propriété physiologique notable et les auteurs, en particulier M. U. Mosso [illegible] qui ont

obtenu des résultats en l'employant sur les animaux, ont dû se servir d'un parachloralose mélangé de chloralose.

MM. Courmont et Doyon ont étudié le *tétanos de la grenouille* et constaté qu'avec les substances solubles du tétanos on n'obtient l'intoxication qu'en été. La grenouille d'hiver est réfractaire. Mais elle devient tétanique si on l'enferme dans une étuve à 30° et plus. Ceci prouve qu'il existe une période chimique intermédiaire entre l'apparition des ferments du bacille de Nicolaïer dans le sang, et la fermentation totale du sang d'où résultent les contractures.

M. Moran a étudié l'action de l'*acide picrique sur les tumeurs épithéliales contagieuses de la souris*, et il a constaté que sous l'influence de solutions faibles, à 2 0/0 de la solution aqueuse d'acide picrique injectée, on constate des nécroses locales qui tendent à s'éliminer et à diminuer le volume de la tumeur. Le résultat a été observé 12 fois sur la souris. Dans 4 à 5 cas, l'élimination de l'eschare a amené une hemorrhagie mortelle. M. Moran a employé l'acide picrique en topique sur un cancer de la verge et a obtenu la chute des végétations cancéreuses.

M. Quinquaud rappelle que l'acide picrique est employé depuis longtemps contre les épithéliomas superficiels, et qu'il produit les mêmes effets que les autres caustiques. Il favorise l'élimination des tissus superficiels en les sphacélant, mais il n'atteint pas les couches profondes de la tumeur.

M. Contejean a recherché la réaction de la *sécrétion pylorique du chien*. Cette réaction est fort discutée. M. Contejean pense mettre tous les auteurs d'accord en disant que la sécrétion pylorique est acide quand l'innervation pylorique est intacte, et alcaline quand cette dernière est altérée.

M. Cassaet (de Bordeaux) a essayé la teinture de cantharide dans la néphrite, et a constaté, comme l'avait déjà annoncé M. Lancereaux, qu'elle était bien tolérée et donnait une diurèse intense dans les cas de néphrite épithéliale chronique.

M. De Guerne lit un mémoire sur la *dissémination des mollusques d'eau douce ou d'eau salée* par les oiseaux aquatiques qui les entraînent à leurs pattes.

M. Lombroso adresse une note sur la *fossette occipitale* et sa valeur dans la criminalité. Cette note est destinée à réfuter les idées de M. Debierre sur ce sujet.

M. Noé a étudié les différences physiologiques que présentent *deux variétés de scorpions*, l'*europæus* et l'*occitanus*.

M. Weiss a constaté que la résistance du corps humain à l'électricité est très variable suivant les individus, et pour chaque individu suivant l'état de la circulation cutanée.

M. Gellé dépose le résumé des *observations otologiques* recueillies en 1891-1892, à la Salpêtrière, dans le service de M. le Pr Charcot. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 juin 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Extirpation du cancer de l'estomac.

M. Defontaine (du Creusot) a fait deux fois et avec succès l'extirpation du pylore cancéreux. La première opération date du 1er mai 1892 (1). La malade va actuellement très bien, elle digère tous les aliments et n'a pas vomi une seule fois depuis. Son poids a augmenté de 30 livres. La dernière opération date du 11 mai dernier. Dès le [illegible] jour la malade s'est alimentée. Le 1er jour elle s'est levée, à ce moment, elle digérait [illegible] la viande. Le 15 mai elle est retournée chez elle. Chez ces deux malades qui vomissaient [illegible] le bien-être est revenu très rapidement et même avant d'avoir pris aucun aliment. Du [illegible] jour après l'opération, le teint jaune et terreux a fait place à une [illegible] ce qui est dû à la fin de l'intoxication par les sub-

(1) Voir [illegible]

stances qui stagnaient dans l'estomac. En effet, l'ablation du pylore cancéreux avec abouchement duodéno-stomacal donne un orifice large, fonctionnant d'emblée très bien, ce qui n'est pas constant pour l'orifice artificiel d'une gastro-entérostomie quelconque, ainsi que le prouve la multiplicité des procédés préconisés. La pylorectomie typique, lorsqu'elle est possible, est donc supérieure parce qu'elle supprime le cancer et donne d'emblée un libre passage aux matières alimentaires. Si les sutures sont bien faites, la forme en raquette de la ligne de réunion n'a pas d'inconvénients. M. Defontaine a toujours fait des sutures en surjet entrecoupé. Une suture muco-muqueuse et une rangée séro-séreuse suffisent. Quelques points isolés de renforcement et de soutien bien placés aux points faibles ou susceptibles de tiraillements sont préférables à une troisième rangée régulière de sutures qui tiraille, déforme et rétrécit. Le soin dans les détails d'exécution permet d'améliorer beaucoup le résultat des extirpations de cancer de l'estomac.

Un cas de splénectomie.

M. Richelot a opéré le 4 janvier une femme de 27 ans ayant eu plusieurs poussées de pelvipéritonite et présentant dans la fosse iliaque droite une tumeur qui parut être un fibrome pédiculé. Au cours de l'opération on s'aperçut que cette tumeur était en réalité constituée par la rate hypertrophiée, tombée dans le petit bassin et ayant même entraîné la queue du pancréas. L'énucléation fut facile sauf au niveau de quelques adhérences avec l'épiploon et avec l'appendice ileo-cæcal. Depuis cinq mois la santé est restée parfaite.

L'habitat urbain.

M. Lagneau fait l'étude démographique de la population des grandes villes et des villes manufacturières. Cette communication très documentée comporte une série de tableaux statistiques et de graphiques importants. Par sa nature même elle échappe malheureusement à l'analyse.

Election de deux correspondants nationaux. Section de physique et de chimie. — 1re élection : votants 59. M. Fleury est élu par 35 voix contre 13 à M. Hugounenq, 8 à M. Linossier, 2 à M. Bleicher, 1 à M. Lacour. — 2e élection : votants 54. M. Linossier est élu par 46 voix contre 7 à M. Hugounenq et 1 à M. Bleicher. — Lettres de candidature de MM. Legroux, Laveran, Blanchard, Du Castel, Huchard (section de thérapeutique), de MM. Landouzy, Joffroy, Troisier (section de pathologie).

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 juin 1893. — Présidence de M. Fernet.

M. Rendu. — *Deux cas de mort rapide au cours d'une broncho-pneumonie grippale.* — La première observation concerne une femme de 50 ans, robuste et d'une bonne santé habituelle, qui fut atteinte d'une grippe à forme laryngo-bronchique, au cours de laquelle elle présenta un foyer de broncho-pneumonie peu étendue. Au bout de trois jours, les accidents de congestion pulmonaire paraissent conjurés, la fièvre tombe, pourtant la malade restait fatiguée et présentait quelques irrégularités du cœur. Tout à coup survinrent des accidents d'asphyxie rapide et de paralysie cardio-pulmonaire qui enlevèrent la malade en quelques heures, sans que l'autopsie montrât des lésions suffisantes pour expliquer ce dénouement rapide.

La seconde concerne une femme de 42 ans, entrée à l'hôpital, le 28 avril, au 8e jour d'une grippe assez intense qui évolua assez rapidement, bien qu'il y eût à la base droite un foyer de broncho-pneumonie. Tout d'un coup, le 6 mai, la malade est prise subitement d'une défaillance avec sensation d'étouffement. La face est pâle, les traits sont tirés, les yeux cernés, le nez effilé, les lèvres et les doigts déjà cyanosés. Le pouls imperceptible est presque incomptable, quoique les battements du cœur paraissent forts à l'auscultation. Les poumons offrent relativement peu de râles ; le trouble fonctionnel paraît surtout cardiaque. Malgré les piqûres de caféine et d'éther, la paralysie cardiaque s'accroît rapidement, le pouls radial s'éteint et la respiration s'arrête. La scène tout entière n'a pas duré plus d'une demi-heure. A l'autopsie, on n'a rien trouvé qui pût expliquer la mort. Ni les lésions des broncho-pneumonies, ni l'hypothèse d'une myocardite n'expliquent les phénomènes cliniques. Tout prouve que, dans ces deux cas, la mort est survenue par paralysie du pneumogastrique et que le point de départ de l'asphyxie terminale a été un trouble d'origine bulbaire. On a signalé, du reste, au cours des deux dernières épidémies d'influenza, des phénomènes et des manifestations graves qui prouvent que le bulbe peut être touché dans cette maladie infectieuse. Pourquoi le pneumogastrique serait-il plus épargné que le nerf optique ou le trijumeau et ne serait-il pas atteint par une paralysie toxique qui semble prouver ce fait que le cœur a cessé de battre avant que la respiration s'arrêtât. C'est le contraire dans la plupart des cas d'asphyxie d'origine pulmonaire.

M. Marie présente la photographie d'une jeune fille qui porte sur le sein gauche un *mamelon surnuméraire.* Cette anomalie est de règle dans la famille depuis 4 générations au moins. Sur les 11 frères et sœurs de cette malade 4 sont jumeaux, sur les 15 frères et sœurs de son père 6 étaient jumeaux; 6 jumeaux seulement possédaient l'anomalie mamellaire. Il résulte de ces considérations qu'il existait ici une corrélation évidente entre les seins surnuméraires et les grossesses gémellaires et qu'on se trouve en présence soit d'une reversion atavique vers un type ancestral à mamelles multiples, soit de la formation d'une variété humaine polymasse. La faculté des procréations gémellaires paraît aussi d'après cette observation résider chez l'homme. Le père qui était lui-même d'origine gémellaire a eu deux paires de jumeaux, et un de ses frères également d'origine gémellaire a eu aussi au moins une paire de jumeaux.

M. Laveran. — *Péritonite aiguë rhumatismale.* — Il s'agit d'un malade qui était atteint de rhumatisme articulaire aigu quand apparurent les premiers symptômes d'une péritonite mortelle. L'examen bactériologique du pus ayant montré l'existence de streptocoques, il faut admettre une infection mixte; le rhumatisme en agissant sur le péritoine et en débilitant l'organisme a probablement favorisé l'envahissement de cette tumeur par le streptocoque.

M. Rendu. — Peut-être s'agissait-il là d'un pseudo-rhumatisme infectieux.

M. Laveran. — Cette hypothèse n'est pas admissible, le malade ayant eu antérieurement une attaque de rhumatisme articulaire.

M. Ballet. — *Vésanie liée à un trouble de nutrition.* — La malade présentait de la fièvre, des idées vagues de persécution, de la confusion dans les idées. L'examen de l'urine montra une augmentation de leur toxicité et la présence d'une ptomaïne anormale.

M. Faisans présente, au nom de M. Vergely, de Bordeaux, une observation de *délire caféinique.* L'orateur ne pense pas que cette affection soit liée à la présence de lésions rénales ou à l'insuffisance de l'émonctoire urinaire. L.-R. Régnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 juin 1893. — Présidence de M. Périer.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse.

M. Reynier a traité 8 malades atteints de rétrécissements par l'électrolyse. Chez tous le diagnostic était certain. Il s'agissait, dans tous les cas, de rétrécissements siégeant dans la portion membraneuse à 9 ou 10 centimètres. L'intervention a toujours été précédée de lavages antiseptiques. On a administré du salol pendant quelques jours.

Chez 21 de ces malades une seule séance a suffi pour franchir le point rétréci. Chez 4 autres il a fallu plusieurs séances. 2 fois on a dû renoncer à l'électrolyse et recourir à l'uréthrotomie interne. 5 fois on a observé des accidents infectieux se traduisant par des frissons de fièvre urineuse. Il y a eu une fois un abcès du dos de la verge ; 2 fois la lymphangite a suivi l'intervention.

Il y a donc lieu de renoncer au nouveau traitement.

M. MOTY (Val-de-Grâce) n'a pas réussi à franchir un rétrécissement au moyen de l'uréthrotomie électrique.

M. TUFFIER. — La lecture des observations qui précèdent vient à l'appui de mes conclusions. Je répondrai à M. Reynier que jamais le salol n'a donné de résultats bactéricides au point de vue de l'antisepsie de l'urine. On peut dire du nouveau traitement qu'il ne saurait prétendre mettre à l'abri des récidives.

Il serait désirable, dans les opérations, qu'on spécifiât la longueur, l'épaisseur et les caractères physiologiques et pathologiques des rétrécissements.

Le rétrécissement que n'a pu franchir M. Moty était peut-être justifiable de l'uréthrectomie.

M. REYNIER s'est toujours trouvé très bien de l'emploi du salol.

Sur une forme nouvelle d'ostéomyélite.

M. BERGER rapporte l'observation d'une jeune fille de 16 ans, chez qui une ostéomyélite chronique d'emblée amena rapidement la nécrose totale de l'os. On fut obligé de pratiquer la désartieulation du membre. Le début s'accusa par des douleurs sourdes de l'humérus gauche, douleurs très accentuées pendant le jour. Le gonflement survint plus tard. Jamais on ne constata, au cours de la maladie, une poussée fébrile ou un état aigu quelconque.

Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, on notait un gonflement fusiforme, une fluctuation profonde. En présence de l'absence de température, on se demanda s'il ne s'agissait point d'un ostéo-sarcome. Néanmoins, le diagnostic d'ostéomyélite fut posé. Une incision conduisit sur une gaine périostique très épaissie, gonflée de pus. L'examen bactériologique de ce pus ne put être fait, car il n'existe à Lariboisière aucun laboratoire installé. On constata que l'os était dénudé sur toute sa circonférence et sur la moitié de sa longueur. L'ouverture du canal médullaire le montra occupé par une moelle noirâtre qui faisait préjuger de la nécrose totale. Il n'y avait point de pus. L'opération fut suivie d'une courte réaction fébrile. 10 jours après on constatait une fracture spontanée. L'immobilisation fut pratiquée et on attendit. Mais bientôt les téguments et les parties molles s'infiltrèrent, prirent une coloration blafarde, et la fièvre devint considérable.

On se décida à pratiquer la désarticulation de l'épaule. L'os était fragmenté en une dizaine de fragments baignant dans le pus.

Cette observation ne peut entrer dans aucun des cadres assignés à l'ostéomyélite.

Elle n'appartient pas à l'ostéomyélite aiguë, qui est toujours accompagnée d'un état fébrile aigu.

L'ostéomyélite chronique s'accompagne d'hyperostose, d'abcès enkystés, elle évolue souvent sans fièvre et n'amène jamais d'emblée la nécrose diaphysaire totale de l'os.

Présentations de malades.

M. LARGER (Val-de-Grâce) présente un malade atteint d'Ai douloureux de la gaine, par lui décrite.

M. TUFFIER amène devant la Société un malade à qui il a pratiqué, pour une appendicite, une laparotomie en pleine période péritonitique aiguë.

M. RICHELOT demande à la Société son avis sur une tumeur congénitale de tout l'avant-bras chez un nouveau-né.

M. FÉLIZET recommande une nouvelle aiguille.

M. RECLUS présente un appendice qu'il a récemment réséqué.

J. DAURIAC.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 14 juin 1893. — PRÉSIDENCE DE M. HALLOPEAU.

M. CATILLON, à propos de la dernière communication de M. Bovet, prétend que l'on ne devrait pas ordonner : *alcool bon goût*, mais *alcool sans goût*, le manque de goût étant un caractère de la pureté de l'alcool. De plus, M. Catillon est en désaccord complet avec M. Bovet, sur l'action que ce dernier attribue à l'alcool. Il doute de l'action calorifique de l'alcool en ingestion expliquée par son mélange avec l'eau. Il croit que la décomposition de l'alcool dans l'organisme avec dégagement d'oxygène à l'état naissant est une vue absolument fantaisiste. Il est plutôt de l'avis de M. Gingeot, qui croit que l'alcool s'accumule dans les organes, le cerveau et le foie surtout, et s'élimine ensuite par les poumons et surtout les reins. Après l'ingestion de l'alcool, les expérimentateurs sérieux ont constaté une diminution de l'acide carbonique exhalé, ce qui est contraire à la supposition de la combustion de l'alcool dans l'organisme.

M. GIMBERT présente une seringue à injections lentes, modification de son ancienne seringue, et permettant d'obtenir l'asepsie.

M. BARDET, au nom de M. ADRIAN et au sien, fait une communication sur l'*usage du pétrole en thérapeutique*. Le bruit qu'a fait en province les succès de M. le Dr Flahaut dans le traitement de la diphtérie par le pétrole les a engagés à étudier la question. Tout d'abord, il est bon de savoir qu'en France on se sert de deux pétroles absolument différents : le pétrole américain, composé surtout d'hydrocarbures de la série grasse, et le pétrole russe, formé d'un mélange de carbures des séries éthylénique et benzénique. Le pétrole américain n'arrive pas raffiné en France, et lorsqu'on se procure du pétrole brut, il provient ordinairement d'Amérique. L'usage thérapeutique du pétrole et des huiles de naphte et de gabian, assimilables au pétrole, est fort ancien; en Perse, en Ethiopie, on s'en servait contre les douleurs; au Caucase, les Cosaques font entrer l'huile de naphte dans une mixture contre les diarrhées cholériformes. Le premier travail sur l'usage médicinal du pétrole date de 1808, Lucas y fait de ce produit une panacée universelle; depuis les travaux se multiplient, on essaye le pétrole contre la teigne faveuse (Chapplet), la gale, le tænia (Mosso), la tuberculose (Biache), la coqueluche (Gubler), la diphtérie (Larcher, Dumont de Lille, Flahaut). Le pétrole ne donne d'accidents, pris à l'intérieur, que si l'on dépasse la dose de 50 ou 60 grammes. A la dose de 200 à 300 grammes, il cause des nausées sans vomissements, des coliques très douloureuses, des crises convulsives tétaniques et la mort peut survenir dans le collapsus. Le pétrole s'élimine en nature par la voie rénale, il donne aux urines une odeur d'iris et de violette. L'emploi du pétrole brut ne peut être recommandé, le produit étant trop impur, on devra lui substituer un des trois produits qu'on en retire : 1° l'*éther de pétrole* qui sera d'un difficile et dangereux usage, car il bout à une très faible température; 2° l'*essence de pétrole*; 3° le *chérozène* ou *huile lampante*.

M. BLONDEL rappelle que M. Trousseau s'est servi de pétrole dans le traitement de la conjonctivite granuleuse.

M. VIGIER signale le travail important de M. Ribart, présenté par M. Charpentier à l'Académie de médecine.

M. DELPECH craint qu'en épurant trop le pétrole brut ou en se servant de ses composés, on n'obtienne pas les mêmes résultats thérapeutiques.

M. CRINON fait judicieusement remarquer que le pétrole russe devrait être préféré au pétrole américain, à cause de sa composition chimique, la valeur antiseptique des composés de la série benzénique étant plus certaine que celle des composés de la série grasse.

J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 8 juin. — PRÉSIDENCE DE M. BONNEFOI.

Agoraphobie traitée avec succès par la suggestion hypnotique.

M. BÉRILLON a eu l'occasion d'observer un malade âgé de 64 ans chez lequel l'agoraphobie a débuté il y a plus de quarante ans. Depuis le début le malade n'a jamais pu sortir seul dans la rue, ni traverser une place sans être pris de phénomènes d'anxiété neurasthénique extrêmement intenses. L'état mental de ce malade le place sur les confins de la folie héréditaire, sans que cependant on puisse voir dans les symptômes qu'il éprouve autre chose que des phobies neurasthéniques. Malgré son âge, malgré diverses difficultés inhérentes à l'état d'esprit du malade, il fut plongé, par suggestion, dans un état de sommeil profond, avec anesthésie et amnésie au réveil. Des sug-

gestions appropriées n'ont pas tardé à être suivies d'un résultat très favorable. Dès la troisième séance le malade s'aventurait seul dans la rue; il ne tardait pas à traverser une place en éprouvant encore des phénomènes d'angoisse déjà très atténués. Il arrivait même à voyager sur l'impériale du chemin de fer sans éprouver de vertiges. La guérison s'est maintenue, l'état mental s'est modifié dans un sens tellement favorable qu'on peut penser qu'il ne s'agit pas là d'une simple rémission.

L'observation présente ce caractère intéressant, c'est qu'il s'agissait d'un neurasthénique. Or quelques auteurs ont affirmé que les neurasthéniques étaient généralement réfractaires à la suggestion hypnotique. Cela n'est exact qu'en apparence, en y apportant de la ténacité les neurasthéniques finissent par être profondément influencés après un certain nombre de tentatives.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 12 juin 1893. — Présidence de M. Falret.

Demande de divorce. — Devoir conjugal. — Abstention. — Injure grave. — Preuve.

M. Motet communique une affaire très curieuse qui a été jugée par le Tribunal civil de Compiègne, à l'audience du 10 mai 1893, et qui présente un intérêt tout particulier au point de vue médico-légal. Voici, en résumé, le procès.

Il y a plusieurs années, la femme X..., âgée aujourd'hui de 30 ans, épousait en premières noces un sieur D..., mais au bout de dix-huit mois de cohabitation ce dernier mourut; elle se remaria alors, au mois d'avril 1891, avec le sieur X... et vécut avec lui jusqu'à la fin de l'année, époque à laquelle les époux cessèrent de demeurer ensemble. Plus tard, la femme X... se décida à intenter à son second mari une action en divorce basée sur ce que ce dernier se serait constamment refusé à accomplir le devoir conjugal, ce qu'elle considérait comme une injure grave. A l'appui de cette demande, elle soutenait que, malgré son double mariage, et encore bien que son premier mari eût exercé ses droits, elle avait conservé tous les signes de la virginité, ce dont elle offrait la preuve. Dans cette situation, le Tribunal rendit, le 8 février dernier, un premier jugement ainsi conçu :

« Le Tribunal, attendu que la dame X..., veuve en premières noces du sieur D..., a intenté contre le défendeur, son mari, une demande en divorce, et qu'à l'appui d'icelle, sans représenter ce dernier comme impuissant, elle allègue pour tout motif que, depuis la célébration du mariage, le dit sieur V... l'a délaissée et s'est refusé à tous rapports sexuels ; qu'elle énonce ce fait comme une injure grave suffisante pour motiver le divorce ;

« Attendu que X... dénie formellement l'abstention qui lui est imputée et, tout en proclamant qu'il est capable de remplir ses devoirs conjugaux, soutient qu'il les a remplis d'une façon suffisante pour donner satisfaction aux légitimes exigences de la demanderesse ;

« Attendu qu'en principe il est constant que le refus volontaire par le mari de remplir ses devoirs conjugaux constitue, vis-à-vis de sa femme, une injure grave ; mais attendu que la dame X... ne fait pas la preuve de l'abstention qu'elle allègue, et qu'en l'état de la cause le Tribunal n'eut pu que la débouter de sa demande ;

« Attendu, toutefois, que, dans ses dernières conclusions, la dame X... a allégué qu'elle était encore vierge ; qu'elle offre de faire la preuve de sa virginité et déclare être prête à subir la visite d'un médecin pour constater le fait ;

« Attendu que, quelque invraisemblable que puisse paraître cette allégation, alors surtout que la demanderesse a subi l'épreuve d'un premier mariage, le fait allégué est admissible en ce sens que la démonstration de la virginité établira manifestement l'abstention de X...;

« Attendu, d'un autre côté, que le fait est dénié par celui-ci ; qu'il peut être admis en preuve ;

« Par ces motifs, donne acte à la femme X... de ce qu'elle [illegible] et offre de prouver qu'elle est encore vierge, et de ce qu'elle déclare être prête à subir la visite d'un [illegible] pour le constater ;

« Déclare [illegible] faits pertinents et admissibles, sauf toutefois à examiner [illegible] si l'abstention de X... se serait produite dans des conditions [illegible] pour constituer à l'égard de sa femme un grief de nature à entraîner le divorce ;

« En conséquence, dit et ordonne que, par le Dr C..., médecin à Compiègne, que le Tribunal commet à cet effet, et qui prêtera serment entre les mains du président de ce Tribunal, la femme X... sera vue et visitée à l'effet de faire connaître si elle est ou non déflorée ; au cas affirmatif, dire si cette défloraison existe en tout ou en partie ; dans le cas contraire, indiquer et faire connaître si la femme X... présente une anomalie constitutionnelle incompatible avec l'existence de rapports sexuels ;

« Réserve au défendeur la preuve contraire. »

Les constatations ordonnées eurent lieu et il en résulta, d'après le rapport du Dr C..., qu'effectivement la femme X... n'était pas déflorée et qu'elle ne paraissait atteinte d'aucune anomalie constitutionnelle ou acquise qui s'opposât à la copulation. L'affaire revint alors devant le Tribunal qui, après avoir entendu l'avoué de la demanderesse, l'avoué du sieur X..., conformément aux conclusions de M. H..., substitut, statua en ces termes :

« Le Tribunal, attendu en principe, que la conservation des signes extérieurs de virginité pour une femme mariée, après plusieurs mois de cohabitation avec son mari, ne saurait par elle-même et à elle seule suffire pour établir, à l'encontre de ce dernier, une abstention injurieuse pour la dite femme ;

« Que s'il est admis, en effet, que l'abstention persistante du devoir conjugal constitue une injure grave de nature à justifier une demande de séparation de corps ou de divorce, c'est uniquement parce qu'elle implique, de la part de l'époux qui s'abstient, une idée de mépris, de dédain ou de répugnance pour l'autre époux ;

« Attendu que l'examen médico-légal dont la femme X... a été l'objet en exécution du jugement avant faire droit du 18 mars dernier, démontre, il est vrai, que la dite femme n'a pas encore été déflorée ; mais attendu qu'à supposer que cet état particulier indique de la part du défendeur une abstention absolue de tout rapprochement intime avec sa femme, cette dernière devrait encore établir que la dite abstention a été volontaire, calculée, et que, par suite, elle revêt à son égard le caractère d'une véritable injure ; Que cette preuve ne résulte pas suffisamment du caractère de la cause ;

« Attendu, en effet, que la présomption simple d'ailleurs, tirée de l'état d'apparente virginité de la femme X..., se trouve sérieusement amoindrie par le fait que la dite femme était veuve en premières noces quand, le 11 avril 1891, elle a épousé le défendeur, et surtout par l'aveu qu'elle a fait d'elle-même, que pendant les dix-huit mois qu'a duré son premier mariage avec D..., ce dernier, qui du reste était d'une constitution maladive, avait à maintes reprises tenté de consommer l'acte conjugal; Attendu, d'autre part, que les explications données par le défendeur au sujet de l'attitude que lui prête sa femme n'ont rien d'injurieux pour elle;

« Que tout en déniant l'abstention qui lui est reprochée, il persiste à soutenir qu'il a constamment satisfait à l'obligation qui lui incombait pendant les quatre mois de sa cohabitation avec la demanderesse;

« Attendu que, quelque surprenante que puisse être une pareille assertion, et à supposer même, ce qui est vraisemblable que X... n'ait eu avec sa femme que des rapprochements d'une nature incomplète ces rapprochements, dans les conditions où ils auraient pu se produire, seraient de sa part exclusifs de toute idée de mépris et d'outrage envers la demanderesse ;

« Attendu que dans un débat aussi délicat et d'un caractère aussi mystérieux que celui dont il est saisi, le Tribunal, quelque digne d'intérêt que soit la situation de la femme X..., au point de vue conjugal, ne saurait, à défaut d'autres éléments certains de conviction, fonder uniquement un jugement de divorce sur une simple constatation d'ordre purement physiologique;

« Que, dans cette situation, la demande n'est pas suffisamment justifiée ;

« Par ces motifs, déclare la dame X... non recevable et mal fondée en la dite demande ;

« L'en déboute et la condamne aux dépens. »

Tel est l'exposé succinct de l'affaire dont le compte rendu figure au journal « *Le Droit* » N° 1[illegible]1 de cette année. Plusieurs membres de la Société ont pris la parole au sujet de ce cas très bizarre.

J. Roubinovitch.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE.

Session de mai 189[illegible] (Suite).

Théorie du traitement chirurgical du strabisme.

M. [illegible]. — Dans la strabotomie, l'action porte sur la disparition et sur les ailerons de la capsule dont la force est opposée. Que l'on fasse ou non l'avancement musculaire, toutes les fois qu'on ramène en avant l'aileron, on donne plus de forc

au muscle ; on diminue son action en débridant la capsule antérieure.

M. GILLET DE GRANDMONT. — Dans le strabisme externe je me suis bien trouvé de l'excision d'un lambeau de la capsule et de la réunion de ses bords.

Une observation de cécité intermittente.

M. GAYET. — Un jeune homme de dix-sept ans fut atteint, au commencement de cette année, d'attaques d'amaurose absolue, sans lésions de l'œil. Elles ont duré de vingt-quatre heures à quatre jours ; tantôt la cécité est survenue subitement et a disparu de même, tantôt elle s'est produite graduellement. Il n'y a pas eu de treubles pupillaires. Rien dans les urines. L'acuité visuelle était normale en dehors des crises. Aucun antécédent héréditaire. A l'âge de trois ans, le jeune malade a eu une méningite, actuellement il est très intelligent.

Un jour, sans s'en apercevoir, il est tombé dans un canal et, revenu de son étourdissement, il a dû s'arrêter plusieurs heures sur la route, attendant que quelqu'un le ramenât.

Il n'y a aucun stigmate d'hystérie, je crois plutôt qu'il s'agit ici d'un mal comitial larvé. L'ancienne méningite qu'il a eue permet de le supposer. Comment expliquer cette cécité ? Nul ne le saurait. On peut tout invoquer, spasme des capillaires, embolie, peut-être une auto-intoxication à la suite de laquelle les matières agissent sur le système nerveux.

Traitement des dacryocystites par le curettage du canal nasal et du sac lacrymal sans incision cutanée.

M. TERSON. — Ce procédé de curettage m'a donné de bons résultats. Voici le procédé opératoire. On incise d'abord le canal lacrymal supérieur, puis on introduit une sonde n° 4 dans le canal nasal. Cela fait, on y pousse une curette tranchante et fenêtrée dans tout son trajet ; on la manœuvre comme avec le couteau de Stilling. On remonte ensuite vers le sac lacrymal et en le tournant dans tous les sens on est certain de faire un bon curettage.

La tige de la curette est droite, mais dans les cas où cela est nécessaire on peut lui donner la courbure voulue.

Les avantages sont : rétablissement du canal nasal et issue large aux liquides qui séjournent dans le sac. Comme on peut pratiquer ce curettage plusieurs fois, le séjour des malades auprès de l'oculiste est plus limité. Enfin, quand en présence d'une cataracte à opérer il existe un catarrhe des voies lacrymales, le curettage rendra de grands services.

M. DESPAGNET. — Le principal argument que M. Tersen fait valoir contre le procédé que j'ai préconisé est la dégradation qui peut en résulter. Je ferai remarquer qu'il ne reste jamais une trace appréciable du curettage par la voie externe. La distension qui coïncide toujours avec la blennorrhée empêche d'atteindre la paroi postérieure. De plus, le procédé de M. Terson ne permet pas d'éliminer tous les éléments qui sont une cause permanente d'infection. Or, après le curettage, il faut procéder avec soin à la désinfection absolue de la poche. Les injections que doit faire M. Terson, dans ce but, sont insuffisantes. Je crois plutôt que son intention était d'agir sur le canal nasal ; j'avais cherché à y arriver avec la sonde n° 6. Je crains que la curette tranchante délabre la muqueuse.

M. KALT. — Je ne crois pas que les fongosités du sac existent ; le curettage par la voie externe expose aussi à des récidives.

M. VACHER. — J'arrive à tarir la suppuration en faisant pénétrer quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/20e.

M. TERSON. — La dilatation du sac, qui serait évidemment un obstacle à mon procédé, n'existe pas, et en tout cas il y a de nombreux degrés. Le traitement de M. Despagnet dure des mois, tandis qu'on peut renouveler facilement le curettage tel que je l'indique.

Quelques faits relatifs au développement de la myopie.

M. SULZER. — J'ai remarqué que, dans de nombreux cas, l'exercice prolongé de la vision rapprochée ne produit pas la myopie. Les horlogers, qui font de grands efforts d'accommodation, ne présentent pas un grand nombre de myopes. Au contraire, dans les écoles, la myopie est fréquente et elle est souvent monoculaire. Il y a une différence dans l'attitude. Les horlogers tiennent l'objet en face des deux yeux, tandis que les écoliers penchent la tête à droite ou à gauche quand ils écrivent. 60 0/0 des sujets qui penchent la tête à gauche sont plus myopes à gauche qu'à droite et 40 0/0 inversement. Dans l'inclinaison de la tête, pour que l'image soit nette dans les deux yeux, les efforts d'accommodation sont plus intenses d'un côté que de l'autre. Or, l'accommodation inégale dans les deux yeux est physiologiquement impossible ; aussi l'œil supplée à l'inégalité de l'accommodation par son élongation.

La myopie scolaire serait donc à considérer comme une adaptation de l'appareil visuel à l'attitude vicieuse exigée par l'écriture inclinée, pour que la vision binoculaire puisse s'effectuer.

Donc, l'écriture droite est la meilleure méthode et on ne saurait trop la préconiser.

Structure histologique du trachome.

M. VENNEMAN (de Louvain) croit que le tissu granuleux n'est pas constitué par des corpuscules lymphatiques, car il est bien connu qu'en sortant des vaisseaux par diapédèse, les globules subissent toujours des dégénérescences. Il s'agit bien plutôt d'une prolifération considérable de l'épithélium conjonctival qui passe à l'état pavimenteux.

Coloboma de la choroïde et du nerf optique.

M. BAGNERIS (Reims) cite l'observation d'un cas de coloboma de la choroïde et du nerf optique, dans lequel il était impossible de distinguer la papille. Il croit que l'ectasie scléroticale a atteint la gaine, et il attribue le coloboma à une fermeture incomplète de la fente fœtale.

Traumatisme de l'orbite.

M. TEILLAIS (de Nantes) cite deux observations de corps étrangers ayant séjourné dans l'orbite pendant plusieurs mois sans provoquer aucun symptôme inflammatoire.

Des conséquences optiques et pathologiques du clignement palpébral.

M. BULL (Paris). — Le clignement des paupières permet de rendre compte dans bien des cas de la production du pinguecula et du ptérygion. En outre, il occasionne une asthénopie qui se traduit par des troubles de la vision et du blépharospasme. On peut, en outre, par l'ophtalmomètre, constater que la pression détermine un changement de courbure de la cornée et modifie la puissance dioptrique de l'œil.

Traitement des affections des voies lacrymales par les méthodes conservatrices et antiseptiques ; nouveau procédé de lacrymotomie.

M. BOURGEOIS (Reims). — Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on devra recourir à l'incision des voies lacrymales, car autant que possible il faut conserver l'état normal des canalicules. Je pratique des irrigations avec une sonde creuse n° 2 ou n° 3. Si le canalicule est rétréci à son point d'abaissement, il faut introduire dans le canalicule dilaté au préalable un petit couteau plus court que le Weber, le tranchant en bas, puis on le retire de la même manière. On peut ensuite faire des irrigations répétées avec le boro-borax et le sublimé.

Conjonctivite pseudo-membraneuse chronique ; examen bactériologique.

M. GUIBERT (de la Roche-sur-Yon). — La conjonctivite diphtéritique ne présente pas toujours les dangers qui sont le plus habituellement signalés. D'autre part, les conjonctivites à streptocoques ne sont pas aussi bénignes qu'on le dit. C'est ce qui ressort de l'observation d'une fillette de [illegible] ans qui eut trois récidives d'angine avec coexistence de conjonctivite pseudo-membraneuse. L'œil gauche fut détruit et l'œil droit guérit assez vite. L'auteur s'est très bien trouvé des applications de jus de citron.

Des irrigations prolongées de l'œil et des voies lacrymales en thérapeutique oculaire.

M. GERMAIX (Alger). — Dans des cas de conjonctivite granuleuse ou de kératite d'angine infectieuse, les irrigations pro-

longées d'eau boriquée froide et chaude suivant les circonstances. Je ne me sers pas de la seringue d'Anel qui est incommode. J'emploie de préférence une seringue plus volumineuse qui permet de faire plus longtemps l'irrigation.

Influence de la foudre sur la vision.

M. Ivanoff (de Sofia). — Une jeune femme reçut une forte commotion électrique et fut brûlée en plusieurs endroits du corps. Le lendemain, la vision fut très troublée, et le champ visuel très rétréci. Il existait de la mydriase des deux côtés. Deux hypothèses pouvaient être émises : l'hystérie ou une action de l'électricité sur le trijumeau. La malade présenta plus tard des stigmates hystériques indéniables. Koenig.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

I. — **Mémoire sur l'épidémie de grippe de 1892-92 dans la circonscription médicale de Baccarat** ; par le Dr A. Alison.

II. — **Les symptômes vaso-moteurs de la grippe** ; par le Dr A. Alison (Extrait de *Revue générale de clinique et de thérapeutique*).

III. — **Bactériologie de la grippe** ; par Bérier, 1892, Thèse de Lyon.

IV. — **Influenza** ; par le Dr Althaus. — London, 1892.

V. — **Variolo-vaccine** ; par Haccius. — Genève, 1892.

VI. — **Contagion du cancer** ; par Fabre. — Thèse de Lyon, 1892.

VII. — **Uber die Wirkung des Salophen und die kryotallinische Ausscheidung Desselben durch die Haut** ; par R. Hirschmann (*Wiener klin. Woch.*, 1892, n° 49).

I. — Dans ce mémoire clinique, le Dr Alison se montre partisan de la contagion. Il insiste sur « les diverses modalités cliniques présentées par l'épidémie et permettant, sous l'influence de divers facteurs, à une grippe simple de s'élever à une grippe compliquée, ou *vice versa*, à une pneumonie lobaire d'une extrême gravité de descendre jusqu'à une grippe bénigne par ses symptômes locaux, mais en réalité souvent plus sérieuse quand on considère les phénomènes généraux. »

II. — Ce second mémoire, du même auteur, est consacré à l'étude des symptômes vaso-moteurs de la grippe. Après une vue d'ensemble sur les divers phénomènes d'ordre vaso-moteur que l'on peut rencontrer dans cette affection, après avoir attiré de nouveau l'attention sur les frissons et les névralgies congestives, le Dr Alison signale quelques symptômes encore peu connus. La température des mains, bien que celle du rectum reste sensiblement égale à la normale, dépasse de 2° environ la température normale de la région palmaire, et cette température palmaire est supérieure de 1° à celle de la région abdominale. Après une grippe tenace, compliquée, on observe parfois une grande diminution de la puissance génitale. Ces phénomènes vaso-moteurs tiennent à un état de parésie dans le département du grand sympathique et des nerfs vaso-moteurs.

III. — Le Dr Bérier a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de la bactériologie de la grippe. Il cite d'abord les divers auteurs qui n'ont rencontré que des microbes banaux et arrive rapidement à la question du microbe spécifique. Il considère comme tel la diplo-bactérie décrite par MM. Teissier, Roux et Pittion. « Le polymorphisme de ce microbe, nettement démontré par ces auteurs, expliquerait les résultats souvent différents et contradictoires des autres observateurs. »

IV. — Dans la seconde édition de sa brochure le Dr Althaus donne une étude complète de l'influenza. Deux points méritent surtout d'attirer l'attention. Suivant cet auteur, l'affection serait due à l'action d'une toxine spéciale d'origine microbienne « la grippo-toxine » sur le système nerveux central et en particulier sur le bulbe. La grippe, que l'auteur compare à la syphilis, serait une fièvre nerveuse. Le chapitre le plus intéressant est celui consacré aux complications et suites de l'influenza. L'auteur étudie successivement les psychoses post-grippales, les maladies du cerveau et de ses membranes, de la moelle et de ses enveloppes, les affections des nerfs périphériques craniens et rachidiens, les affections du sympathique, les névroses. Nous ne pouvons insister ici sur ces différents points, nous nous contenterons d'appeler l'attention d'une façon toute particulière sur ce chapitre. Etabli sur des observations nombreuses, il montre un des côtés les moins étudiés de la maladie et contribue à compléter ce point si complexe de la pathologie générale, les influences des maladies infectieuses sur le système nerveux.

V. — A propos de la communication faite à l'Académie de Médecine (1891) par M. Chauveau, l'auteur a constitué une série d'expériences destinées à étudier les rapports qui existent entre la variole et la vaccine. Il conclut : « Que la variole humaine est inoculable à la race bovine et que, grâce à un procédé opératoire bien entendu, après quelques générations sur le veau, elle peut donner des pustules localisées au point d'inoculation, qui présentent tous les caractères de l'éruption vaccinale et évoluent absolument comme elle. Ces pustules sont devenues variolo-vacciniques, c'est-à-dire qu'elles ont perdu les caractères dangereux de la variole. L'atténuation est acquise. Inoculé à l'homme, il se comporte exactement comme le vaccin et ne rappelle en rien la variole. L'éruption reste localisée au point d'inoculation. Le retour à la malignité variolique n'est prouvé par aucun fait. A défaut de vaccin ordinaire, on pourrait sans inconvénient employer ce variolo-vaccin. »

VI. — Le cancer est-il d'origine parasitaire? L'auteur répond par la négative. L'anatomo-pathologie, l'expérimentation n'ont pas encore pu prouver l'exactitude des théories microbienne et coccidienne. La généralisation des tumeurs n'est qu'une greffe d'une cellule cancéreuse émanée de la tumeur primitive, et la contagion peut s'expliquer de la même façon. Les faits cliniques de contagion ou d'épidémie cancéreuse ne sont pas assez probants pour faire considérer cette propriété des lésions néoplasiques comme prouvée.

VII. — Le salophe, composé d'acide salicylique et d'acétylparamidolphénol, a été employé depuis peu de temps avec succès contre le rhumatisme. La sudation qui suit le plus souvent son absorption s'accompagne d'un phénomène assez intéressant sur lequel l'auteur attire tout spécialement l'attention : c'est le dépôt, à la surface de la peau, de petits cristaux brillants de salophe. D'après l'auteur, ce même phénomène de cristallisation cutanée s'observerait après ingestion du salicylate de soude, de l'antifébrine et de la phénacétine.

Ch. Mirallié.

BIBLIOGRAPHIE

Les angines à fausses membranes ; par le Dr Pierre Boulloche. (Paris, Rueff et Cie, 1893). — Bibliothèque médicale Charcot-Debove.

Cet ouvrage, fort bien écrit et mis au point, est consacré à l'étude des inflammations de l'arrière-gorge dans lesquelles il y a production de fausses membranes. La plus fréquente et la plus importante des angines à fausses membranes est l'angine diphtérique ; mais ce n'est pas la seule. Il y en a d'autres, assez nombreuses, qui simulent plus ou moins la diphtérie, sans lui appartenir, et qui s'en éloignent surtout par le pronostic. Il est capital, au point de vue thérapeutique et prophylactique, de distinguer ces pseudo-diphtéries de la diphtérie véritable. Avant l'avènement de la bactériologie, le diagnostic différentiel était toujours délicat et parfois impossible ; il en résultait trop souvent une hésitation fâcheuse pour les mesures à prendre. Aujourd'hui, grâce à l'examen microscopique et aux cultures, on peut très rapidement reconnaître la diphtérie et éliminer les autres angines à fausses membranes. Le travail très consciencieux de M. Boulloche servira de guide aux médecins pour la solution du problème. J. C.

Les tuberculoses cutanées ; par le Dr Du Castel. Rueff, 1893.

La question de la tuberculose de la peau s'est complètement [illegible] dans ces dernières années et l'on souhaitait l'apparition d'un livre qui la mît au point en rassemblant les matériaux publiés en France et à l'étranger. Ce livre vient d'être écrit par M. Du Castel et il fait partie de cette collection Charcot-Debove, dont les services ne sont plus à signaler. Il est écrit avec cette concision et cette précision que nous retrouvons dans les leçons et dans les diverses publications de

l'auteur, et à tous égards sa lecture est attrayante. M. Du Castel passe en revue dans autant de chapitres les manifestations multiples de la tuberculose tégumentaire : les tuberculoses inoculées accidentelles avec les types du tubercule anatomique, du lupus scléreux, de la tuberculose muqueuse ; le lupus ; les ulcérations tuberculeuses de la peau, diverses ulcérations secondaires chez des sujets tuberculeux et des ulcérations primitives ; les gommes scrofulo-tuberculeuses. Deux chapitres sont consacrés, l'un à l'étude des complications des tuberculoses cutanées, l'autre au traitement de ces tuberculoses. L'une des questions importantes que soulevait cette étude était le lupus érythémateux et c'était avec curiosité que j'attendais l'auteur à ce difficile passage. Il prend nettement position, et, après avoir décrit le lupus érythémateux, il montre les différences cliniques, histologiques, bactériologiques et d'inoculabilité qui le séparent du lupus tuberculeux type, puis il reconnaît que l'on comprend l'hésitation des médecins qui n'osent encore proclamer l'identité de nature de ces deux formes morbides. On peut se demander, dit-il, jusqu'à quel point le bacille intervient dans la production du lupus érythémateux et si une connaissance plus approfondie de la maladie ne conduira pas à un démembrement.

Ce livre se défend assez par lui-même, pour que je me permette une critique qui d'ailleurs s'adresse aussi bien aux différents mémoires qui ont été publiés sur la question de la tuberculose inoculée. Tous ces auteurs, et M. Du Castel avec eux, décrivent comme des formes différentes le tubercule anatomique, le lupus scléreux, la tuberculose verruqueuse, etc. Cela ne me paraît pas exact : qu'il y ait des différences d'aspect, des variétés cliniques, d'accord, mais ce ne sont pas des formes différentes de la maladie. Il en est ici comme du chancre syphilitique qui se présente avec des modalités distinctes suivant son siège, par exemple, et cependant on ne décrit pas des formes de ce chancre. Si la tuberculose par inoculation directe ne se présente pas toujours sous ce même aspect clinique, et cette différence est, à tout prendre, plus apparente que réelle, c'est en raison du siège. Aux extrémités, les lésions deviennent scléreuses, et cela non seulement dans la tuberculose, mais dans d'autres affections telles que certains eczémas chroniques, le tubercule anatomique lui-même, alors même qu'il n'est pas d'origine tuberculeuse, fait dont les auteurs, et M. Du Castel avec eux, reconnaissent la possibilité avec raison. Je crois donc qu'il serait préférable de décrire une tuberculose de la peau par inoculation directe, sans se soucier surtout de cette dénomination de tuberculose verruqueuse d'autant moins justifiée que : 1° les auteurs qui l'ont proposée n'ont pas tenu compte de la dénomination de lupus scléreux adoptée depuis les travaux de M. Vidal ; 2° qu'ils n'ont pas fait attention que dans cette tuberculose inoculée aux mains la lésion ne pouvait être que verruqueuse, tandis que lorsque le siège est différent, leur description cesse d'être exacte. Je suis convaincu que telle est aussi l'opinion de M. Du Castel qui nous dit après avoir décrit ces formes : Tout semble indiquer qu'il s'agit là d'une seule et même variété de tuberculose cutanée. Pourquoi, dès lors, ne nous avoir présenté comme une entité, lui qui avait qualité pour le faire, la tuberculose primitive de la peau par inoculation directe ?

Paul RAYMOND.

VARIA

Choléra.

Le choléra semble vouloir envahir les départements du Gard et de l'Hérault. D'abord à Cette, où l'épidémie était cantonnée au début, elle gagne peu à peu les autres villes de la région. Des mesures ont été prises, et c'est avec le plus vif intérêt que nous avons vu M. le ministre de l'Intérieur confier une mission dans les milieux infectés à notre distingué collègue, D[illegible], interne des hôpitaux.

D'autre part, il nous revient que le choléra aurait éclaté à Toulouse. Il est exact que du 1er au 7 juin, six femmes respectivement âgées de [illegible], 55, 35, 34, 44 et [illegible] ans, ont succombé à la diarrhée cholériforme simulant à s'y méprendre le choléra. Les [illegible] de l'une de ces malades, qui présentait les symptômes les plus typiques, ont été examinées à la Faculté de médecine de Toulouse par notre ami le Pr Charles Morel, bien connu pour sa haute compétence dans toutes les questions de bactériologie. Il n'a jusqu'ici constaté dans ces déjections que la présence du coli-bacille. On a signalé quelques cas à Nîmes et à Narbonne. Dans cette dernière ville, on a eu à déplorer le décès du Dr Mècle, qui a été emporté par le mal après avoir donné ses soins à une malade atteinte de diarrhée cholériforme.

J. D.

Sur un nouveau signe de la péricardite.

Ce signe particulier, sur lequel M. le Dr Peyré attire l'attention, est précieux pour le diagnostic de la péricardite. Le Dr Pins (de Vienne) l'a décrit récemment de la manière suivante :

Si l'on percute assis un malade atteint de péricardite avec épanchement, on trouve une matité absolue ou « relative depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la ligne axillaire. » A l'auscultation, on perçoit au même niveau un souffle bronchique très aigu, ayant le timbre de la voyelle E, un renforcement du frémissement vibratoire et, dans le centre de la matité, de la bronchophonie ; il n'y a malgré cela ni râles, ni frottements. Si l'on fait pencher le malade, soit en avant, soit sur le côté gauche, soit principalement sur le ventre, on trouve au bout de quelques minutes un son clair et plein, là où existait de la matité absolue, en même temps que le souffle bronchique a presque disparu. MM. Perret et Devie (de Lyon) ont noté des signes pleuro-pulmonaires analogues, quoiqu'en réalité le péricarde fût seul atteint. Ils ont constaté, à la base du poumon gauche, une matité ou une submatité assez étendue, accompagnée de souffle, de broncho-pneumonie sans râles. Ces divers signes ne répondent pas à un épanchement pleurétique, mais sont dus à la compression du poumon et de la bronche gauche par le sac péricardique distendu. Pour le faire disparaître, en effet, il suffit de faire mettre le sujet dans une position telle que le poumon ne soit plus comprimé. La compression est surtout facile chez l'enfant dont le thorax est tout petit, eu égard au volume du cœur. Aussi devra-t-on plus particulièrement rechercher chez lui l'existence d'une lésion du péricarde, dès qu'on perçoit les signes d'une pleurésie gauche (*Gaz. méd. de Liège*, 25 mai).

L'obésité au point de vue des assurances sur la vie.

M. E. Kirsch a examiné la question de l'obésité au point de vue des assurances sur la vie et voici les conclusions auxquelles ont abouti ses recherches : 1° Une obésité moyenne ne doit pas, en général, être pour l'expert un motif de refus pour une police ordinaire d'assurance. 2° Si l'obésité est héréditaire, si dans les antécédents de famille du candidat il existe des cas de diabète sucré ou d'hémorrhagie cérébrale, l'expert devra se montrer très circonspect. 3° Si l'obésité est forte, une prudence beaucoup plus grande est nécessaire et l'on doit examiner avec un soin extrême le cœur et les urines. L'homme très obèse est, au point de vue de la santé, un colosse aux pieds d'argile. L'irrégularité du pouls ou la bradycardie prononcée sont alors de très mauvais pronostics. 4° Quand l'obésité forte coïncide avec l'alcoolisme chronique, les chances de survie sont très réduites. (*Wiener med. Presse.*)

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 19. — Médecine opératoire : MM. Tillaux, Poirier, Sébileau. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Hanriot, Weiss. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Farabeuf, Reynier, Retterer. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hotel-Dieu : MM. Marchand, Ricard, Delbet. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Fournier, Dejerine, Marie. — (2e *série*) : MM. Potain, Straus, Brissaud. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Le[illegible], Varnier.

MARDI 20. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Poirier. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. G. Sée, [illegible], Gilbert. — (2e *série*) : MM. Proust, Joffroy, Charrin. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Le Fort, Duplay, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Panas, Guyon, Schwartz. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Dieulafoy, Letulle. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

MERCREDI 21. — Dissection : MM. Marchand, Reynier, Poirier. — 1re *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gariel, Villejean, Heim. — (2e *série*) : MM. Gautier, [illegible], Weiss. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, [illegible], Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Tuffier, Delbet. —

2e *partie*). (1re *série*) : MM. Fournier, Brissaud, Marie. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Dejerine, Gaucher.

JEUDI 22. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Brun, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy, Quénu, Netter. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Le Dentu, Schwartz, Bar. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Letulle. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Gilbert, Marfan.

VENDREDI 23. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Jalaguier, Poirier. — 1re *de Doctorat* : MM. Gautier, Guebhard, Heim. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Pouchet, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Terrier, Tuffier, Lejars. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Hayem, Joffroy, Netter. — (2e *série*) : MM. Straus, Dejerine, Marie. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

SAMEDI 24. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Duplay, Maygrier, Quénu. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Gilbert, Ménétrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Nélaton, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Roger. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Ballet, Charrin.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 21. — M. Méheux. Des récidives de phlébites. — M. Samalens. De la rupture artificielle des membranes pendant le travail. — M. Gubb. Le placenta de la grossesse ectopique et sa croissance après la mort du fœtus.

JEUDI 22. — M. Renaud. Tachycardie et asystolie dans les compressions du pneumogastrique. — M. Leredde. Etude sur l'anatomie pathologique de la morve. — M. Mory. Traitements de la chlorose. — M. Thibaud. Des malformations utérines au point de vue clinique. — M. Durand. Disposition et développement des muscles de l'iris chez l'oiseau. — M. de la Calle. Contribution à l'étude des rétrécissements larges de l'urèthre. — M. Bernheim. Traitement de l'éclampsie puerpérale en particulier par les injections d'eau salée. — M. Chatenet. De la mélancolie dans ses rapports avec les maladies utérines. (Contribution à l'étude de la folie sympathique.)

NÉCROLOGIE.

Michel PETER.

M. le Pr PETER qui vient de mourir était certainement une des personnalités médicales les plus universellement répandues de notre époque. On peut dire de lui qu'il fut fils de ses œuvres, et l'histoire de sa vie est bien réconfortante à lire pour ceux qui ne peuvent compter que sur le travail et la ferme volonté de parvenir. Michel Peter naquit le 5 novembre 1824. Il ne songea point d'abord à la médecine, et obligé de bonne heure à gagner sa vie il entra dans une imprimerie où il occupa dit-on la situation de prote. Nous le retrouvons interne des hôpitaux en 1854. Il était à cette époque âgé de 30 ans. Mais dès lors sa voie était trouvée et le futur professeur à la Faculté parcourait brillamment les diverses étapes qui devaient le mener au faîte des honneurs. Agrégé en 1864, il était nommé médecin des hôpitaux l'année suivante. La Faculté le désignait comme professeur en 1877.

La physionomie du Pr Peter était suffisamment connue de tous pour que nous nous dispensions d'insister. Petit et fluet, il allait quelque peu voûté, la face encadrée d'une barbe blanche, les yeux pétillants d'intelligence et de malice. Doué d'infiniment d'esprit, il ne savait pas résister au plaisir d'un mot à faire et quelques-uns de ses mots sont restés célèbres.

M. Peter était de nos jours le représentant de cette vieille famille de cliniciens qui a porté si haut le renom de la science française. Partisan convaincu de l'observation il tenait en suspicion les nouveaux procédés d'investigation que la science moderne a mis au service des médecins. On sait sa campagne contre Pasteur et les attaques violentes dont retentirent à cette occasion les échos de l'Académie de médecine. M. Peter s'entendait mieux que personne à railler la petite bête et ceux qui la cherchent partout. Il eut volontiers placé le microbe dans le même cadre que le serpent de mer cher aux journalistes. On peut dire que sa haine des bactériologistes a été la dernière passion de sa vie. Le triomphe des théories pastoriennes, les solennels hommages rendus à notre éminent compatriote, ont dû plusieurs fois altérer profondément sa sérénité, mais comme il était homme d'esprit, il ne faisait rien voir de ses déceptions intimes. On l'a même vu à diverses reprises s'occuper de ces microbes qu'il raillait si agréablement et tenait pour quantité négligeable. Il nous souvient encore d'une réclamation faite par lui au cours de la dernière épidémie de choléra. Le regretté professeur faisait remarquer à ses collègues des hôpitaux, que dans son laboratoire avait été reconnue la véritable identité de la maladie, grâce à la constatation de la présence du bacille-virgule dans les selles des malades. Ce trait met bien en évidence le véritable caractère de M. Peter, et nul doute qu'en son moi intime il ne donnât raison à ces jeunes chercheurs, fervents du microscope, et qu'il n'entrevît au bout de la voie nouvelle où s'engageait la science une riche moisson de découvertes fructueuses. Il



Michel PETER.

n'entravait d'ailleurs en rien les recherches bactériologiques de ses élèves directs. Son laboratoire de clinique était parfaitement outillé à ce point de vue et lui-même se montrait curieux des résultats obtenus ; c'était d'une oreille attentive qu'il entendait parler microbes autour de lui. Un de ces élèves directs, M. le Dr Marfan, n'a-t-il pas écrit tout récemment des pages magistrales sur les affections de la poitrine, et nous ne savons pas qu'il existe un auteur qui mieux que lui ait envisagé la tuberculose au point de vue des doctrines parasitaires.

M. Peter était un des médecins consultants les plus courus de Paris. On le mandait volontiers auprès du lit d'un malade, car avec lui nulle crainte pour le médecin traitant d'être rudoyé ou traité en personnage de moindre importance. S'il n'était point de votre avis, il savait vous le faire savoir avec une souplesse parfaite et une courtoisie vraiment charmante. Tous ses clients étaient ses amis et nul doute que sa perte ne soit vivement ressentie par les nombreux malades qu'il savait d'un mot rassurer et consoler.

M. Peter était l'élève préféré de Trousseau, celui qui a présidé aux rééditions des cliniques du Maître. Lui-même a publié des cliniques médicales du plus haut intérêt qui se lisent facilement et qui toutes sont marquées au coin d'un esprit original souvent amoureux du paradoxe. Voici la liste des principaux ouvrages de M. Peter.

Diphthérie, mémoire de 200 pages ; — *Les angines* (dictionnaire encyclopédique des sciences médicales), 1866 ; — *Les maladies médicales du larynx*, en collaboration avec le Dr Krishaber, 1869 ; — *De la blennorrhagie dans ses rapports avec les diathèses rhumatismale, goutteuse, scrofuleuse et herpétique* 1867 ; — *Réflexions à propos d'un cas de rage, avec contracture terminale du diaphragme*, 1867 ; — *De la migra-*

tion des corps étrangers à travers les parois abdominales, 1855 ; — *Observation de péritonite purulente à la suite d'une blennorrhagie*, 1856 ; — *Les maladies virulentes*, 1863 ; — *La tuberculisation en général*, 1866 ; — *Traduction du Traité des maladies du testicule, de Curling*, 1856 ; — *Traduction du Traité de l'inflammation de l'utérus, de Bennet*, 1864 ; — *Leçons de clinique médicale*, 1873 ; — *Traité clinique et pratique des maladies du cœur et de l'aorte thoracique*, 1877 ; — *Publication avec additions de la 3e édition de la clinique de Trousseau*, 1867 ; — *Leçons de clinique médicale*, 2 vol., 1880.

J. DAURIAC.

Le Dr Emile BLANC a succombé le 28 mai, emporté par un phlegmon diffus à marche suraiguë, qu'il a contracté en procédant à l'extraction de débris placentaires putréfiés. Au moment où il procédait à cette opération il n'avait qu'une dénudation insignifiante du derme vers la rainure latéro-unguéale de l'index gauche. Six heures plus tard, il ressentait les premiers symptômes du phlegmon infectieux, dont la marche envahissante devait résister à tout. Emile Blanc était né à Barcelonnette, en 1857. Après avoir fait ses études à Marseille, où il avait été interne, et pratiqué la médecine pendant deux ans dans son pays natal, il était devenu chef de clinique obstétricale à Lyon. Depuis qu'il s'était adonné à l'étude de l'obstétrique, nous ne savons guère de sujet à l'ordre du jour dont ce travailleur infatigable n'ait abordé l'étude, avec cette originalité qui faisait le fonds de son caractère. Tous les accoucheurs ont lu ses *Recherches sur la structure du segment inférieur*, l'*Opération césarienne*, la *Présentation du front*, la *Nature microbienne de l'éclampsie*, etc., etc. La juste notoriété que Blanc avait acquise par ses travaux et l'estime en laquelle le tenaient tous ceux qui avaient pu apprécier la droiture de son caractère rendront encore plus vifs les regrets que laisse sa mort, survenue dans des circonstances si pénibles.

P. BAR.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 4 juin 1893 au samedi 10 juin 1893, les naissances ont été au nombre de 1118 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 410, illégitimes, 174. Total, 584. — *Sexe féminin* : légitimes, [illegible] ; illégitimes 166. Total 534.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,225 910 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 4 juin 1893 au samedi 10 juin 1893, les décès ont été au nombre de 926 savoir : 507 hommes et 419 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. [illegible] F. 2 T. [illegible] — Typhus : M. 0, F. 1, T. 1. — Variole : M. 2, F. 4, T. 6. — Rougeole : M. 15, F. 17, T. 32. — Scarlatine : M. 4, F. 4, T. 8. — Coqueluche : M. 3, F. 4, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 14, F. 17, T. 31. — Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 112, F. 71, T. 183. — Méningite tuberculeuse : M. 16, F. 15, T. 31. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 3, T. 10. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8, T. 8. — Tumeurs malignes : M. [illegible] — Méningite simple : M. 13, F. 9, T. 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 13, T. 33. — Paralysie : M. 3, F. 2, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. [illegible] — Maladies organiques du cœur : M. [illegible], F. [illegible], T. 63. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 9, T. 14. — Bronchite chronique : M. 12, F. [illegible], T. [illegible] — Broncho-Pneumonie : M. 14, F. 18, T. [illegible] — Pneumonie : M. 16, F. 17, T. 33. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 27, F. 13, T. 40. — Gastro-entérite, biberon : M. 22, F. 15, T. 37. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. [illegible], T. 9. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 7, F. 7, T. 14. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 15, F. 11, T. 26. — Sénilité : M. 10, F. 12, T. 22. — Suicides : M. 1[illegible], F. 3, T. 1[illegible]. — Autres morts violentes : M. 16, F. 2, T. 18. — Autres causes de mort : M. 78, F. 62, T. 140. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 1, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 10. Total : 41. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 22. Total : 46.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La chaire de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale de la Faculté de médecine de Paris, est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ECOLE DES HAUTES-ETUDES. — M. Nicolle (Maurice), docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux, est nommé préparateur de microbie technique au laboratoire de chimie physiologique dirigé par M. Pasteur et dépendant de l'Ecole des Hautes-Etudes (section des sciences physico-chimiques) en remplacement de M. Haffkine.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'hygiène sociale de* M. le Dr A.-J. MARTIN. — La conférence pratique du dimanche 18 juin 1893 aura lieu à l'Hôtel de Ville (chauffage, ventilation, etc.), à 9 heures et demie très précises du matin.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — *Congrès de Besançon* (1893). — Le Congrès de Besançon s'ouvrira le jeudi 3 août 1893, sous la présidence de M. le Pr Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, il sera clos le jeudi 10 août. Indépendamment des séances de sections et des conférences, le Congrès comprendra des visites scientifiques et industrielles et des excursions. Une excursion de trois jours, 11, 12 et 13 août, aura lieu dans le Jura après la clôture de la session. Des réductions de tarif, 50 0/0, sont accordées sur les Chemins de fer aux membres de l'Association qui assistent à la session. Pour profiter de cette faveur, les membres de l'Association devront en faire la demande au Secrétariat, rue Serpente, 28, avant le 15 juillet, terme de rigueur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE BELGE. — Nous apprenons la fondation de la Société belge de chirurgie. Les membres titulaires sont limités à 50, dont 30 fondateurs.

HÔPITAUX DE LYON. — M. le Dr Pic a été nommé, après concours, médecin des hôpitaux.

HÔPITAUX DE NANTES. — M. le Dr Edm. Vignard a été nommé, après concours, chirurgien suppléant des hôpitaux.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le concours du prosectorat de la Faculté vient de se terminer par la nomination de MM. Guillemain et Souligoux.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. Colonna Ceccaldi, docteur en médecine, est chargé d'une mission scientifique en Russie, à l'effet d'y étudier les maladies du charbon et du rouget.

M. le Dr P. Pozzi, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission scientifique aux Etats-Unis, particulièrement à Chicago, à l'effet d'étudier l'organisation et l'installation des laboratoires de chirurgie, les instruments en usage dans la pratique chirurgicale, [illegible] toutes les questions qui se rattachent à l'enseignement [illegible] chirurgical.

EXCURSION GÉOLOGIQUE PUBLIQUE. — M. Stanislas Meunier, professeur au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 18 juin 1893, à [illegible], Thiverval et Beynes (S.-et-O.). *Déjeuner à Thiverval*, [illegible] pour prendre part à l'excursion, [illegible] se trouver [illegible] Gare Montparnasse (cour d'en haut), à 6 h. 50 du matin. [illegible] pour *Plaisir-Grignon*. — Les personnes qui voudront profiter de la réduction de 40 0/0, devront verser le montant [illegible] jusqu'à vendredi, au Laboratoire de Géologie, 61, rue de Buffon, [illegible] avant 5 heures, à la Galerie de Géologie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — [illegible]

NOMINATIONS. — Par décret du Président de la République [illegible]

TYPHUS A PARIS. — Pendant la semaine du [illegible] il y a eu, à l'Hôtel-Dieu, [illegible] restait en traitement, comme cas [illegible] personnes dont vingt-cinq hommes et quatre femmes. [illegible] admissions, depuis le début de l'épidémie, [illegible] 28 guérisons et [illegible] décès.

LA RAGE. — La rage, qui [illegible] aux Açores, vient de faire son apparition [illegible] premier moment [illegible] on a jugé, après réflexion, qu'il serait plus économique et plus facile d'extirper la maladie. Elle semble avoir été importée par un voyageur anglais qui, ayant débarqué pour une journée pour chasser, avec deux chiens, en a perdu un lequel était probable-

ment atteint de la rage. Il y a eu 9 morts d'homme, mais, depuis qu'on surveille les chiens, le mal semble avoir disparu (*Brit. med. Journal*).

L'Hygiène a Lille. — Le maire de Lille vient de créer, par arrêté, une Commission permanente d'hygiène et de salubrité publiques.

Hygiène moderne. — On sait que le béri-béri a été jusqu'à ces derniers temps une maladie répandue dans la marine japonaise : en 1883, il y eut 1,929 malades sur 4,769 matelots en tout. D'autre part, en décembre dernier, on a dû fermer les salles d'hôpital consacrées aux patients atteints de cette affection, faute de malades. Cette amélioration est due à un changement de régime alimentaire. Le directeur général de l'hôpital naval de Cokyo, un Japonais, M. Kanehiro Takaki, a fait augmenter la proportion des albuminoïdes en diminuant celle des hydrocarbonés dans la ration des marins et ceci a suffi. De 1878 à 1884, il y a eu 9,516 cas ; en 1884, le régime a été changé, et aussitôt la proportion est tombée à 765 pour 1884-1889. Sur ces 765 cas, 718 appartiennent à 1884, l'année où la modification a été faite. En 1885, il y eut 44 cas ; en 1886, 3 ; et, en 1887, pas un, bien que la marine comptât plus de 9,000 hommes. C'est là une belle victoire à l'actif de l'hygiène moderne (*Revue scientifique*).

Un drame a Crosnes. — Lorsqu'elle était en traitement dans une maison de santé, à Ivry, Mme Delagrange, née Pauline Beltjens, était devenue éperdument amoureuse de l'interne, M. Sicard de Plouzoles. Celui-ci, d'ailleurs, n'accorda aucune attention aux manigances de l'hystérique confiée à ses soins. Sa thèse passée, M. Sicard de Plouzoles se maria et s'établit à Crosnes, où Mme Delagrange, sortie de la maison de santé d'Ivry et installée chez un de ses oncles, à Chaville, l'accabla de ses lettres enflammées. Il se garda d'y répondre. Vendredi soir, une jeune femme, jolie, très élégante, entrait à Crosnes, dans un restaurant tenu par M. Preisach ; elle y dîna, puis demanda une chambre pour y passer la nuit. Le lendemain matin elle se plaignit d'être souffrante et demanda un médecin et, comme on lui proposait d'appeler le médecin de Montgeron : — Non, dit-elle, je ne veux pas un médecin de campagne. N'avez-vous pas, ici, un jeune docteur nouvellement installé? — Monsieur de Plouzoles? — C'est cela même. Ayez l'obligeance de le prier de me venir voir. Une domestique alla querir M. Sicard de Plouzoles. Une heure après, comme le docteur n'était point ressorti de la chambre de Mme Delagrange. M. Preisach eut occasion de frapper a la porte. Comme on ne lui répondait point, il entra et trouva, étendu sur le sol, le cadavre du Dr Sicard de Plouzoles, la tempe percée d'une balle, tandis qu'à coté gisait celui de Mme Delagrange, ayant encore un revolver dans sa main crispée. Mme Delagrange, en une lettre délirante, expliquait que, ne pouvant vivre sans le docteur Plouzoles et souffrant trop de le savoir à une autre, elle se décidait à le tuer et à se tuer elle-même.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES,
1, rue Antoine-Dubois.

Ferran (J.). Gimeno et Pauli. — L'inoculation préventive contre le choléra morbus asiatique. Traduit par Duhoureau. Volume in-8 de 391 pages. — Prix. . . . . 7 fr. 50

Laurent (E.). — Guide pratique pour le traitement des névroses. Volume in-18 cartonné de 152 pages. — Prix. . . . . 3 fr.

Baccelli. — Dalla R. Clinica Medica di Roma. — Lezioni cliniche. Brochure in-8 de 7 pages. — Rome, 1893. — *Gazzetta Medica di Roma.*

Barbaud et Rouillard — Le nervosisme aux stations thermales. Précédé d'une préface par J. Claretie. Volume in-12 de 127 pages. — Paris, 1893. — Librairie Jouvet et Ce.

Biscaldi (E.). — La tetania gastrica (caso di tetania da acetonemia nella gastroectasia). Brochure in-8 de 40 pages. — Milano, 1893. — Librairie F. Vallardi.

Bremer (L.). — A case of Hysterical Astasia-Abasia Suing for Damages. Brochure in-8 de 16 pages. — Saint-Louis, 1893. — *Journal of nervous and mental diseases.*

Bremer (L.). — Itching central origin, or Brain Itch. Brochure in-8 de 14 pages. — Saint-Louis, 1893. — *The Review of Insanity and Nervous diseases.*

Brie. — Ueber Trional als Schlafmittel. Brochure in-8 de 4 pages. — Leipzig, 1892. — Druck Metzger et Wittig.

David (L.). — De la microcidine et de son emploi en obstétrique et en chirurgie. Brochure in 8 de 32 pages. — Compiègne, 1892. — Imprimerie Lefebvre.

Dixon (S.-G.). — Involution form of the tubercle bacillus and the affect of subcutaneous injections of organic substances on inflammations. Brochure in-8 de 4 pages. — Penna, 1893. — Chez l'auteur.

Donadieu-Lavit. — De quelques névroses et de leur traitement à Lamalou-les-Bains. Brochure in-8 de 31 pages. — Lamalou, 1893. — Imprimerie J. Labord.

Dufay. — Observation de somnambulisme naturel ou spontané avec conscience de double personnalité. Brochure in-8 de 32 pages. — Blois, 1893. — Imprimerie G. Migault et Ce.

Edebohls (G.-M.). — The first international congress of gynaecology and obstetrics. Brochure in-8 de 6 pages. — *New-York obstetrical Society.*

Edebohls (G.-M.). — The Prevention of hernia after incision of the abdominal Walls. Brochure in-8 de 6 pages. — New-York, 1893. — *New-York Journal of Gynaecology and Obstetrics.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS — IMP. V. GOUPY RUE DE RENNES, 71

21e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XVII. N° 25. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 24 JUIN 1893.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

—

Du traitement chirurgical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés;

Par BOURNEVILLE.

Communication faite à l'Académie de médecine (séance du 20 juin).

I. En 1878, le Dr Fuller (de Montréal) a pratiqué pour la première fois sans doute la crâniectomie chez un enfant idiot dans le but de donner de l'expansion au cerveau (1). Douze années plus tard, dans une communication faite ici même sur un cas de synostose prématurée, M. Guéniot émettait l'idée qu'une opération pourrait être utile dans les cas analogues (2). Le 9 mai 1890, M. le professeur Lannelongue pratiquait sa première opération sur une petite fille de 4 ans et faisait connaître les premiers résultats obtenus par lui dans une communication à l'*Académie des sciences* (3). Son but en recourant à cette opération était celui qu'avait poursuivi le Dr Fuller: il voulait faciliter l'expansion du cerveau et par suite le développement des facultés intellectuelles. Cette première note a été suivie de deux autres mémoires (4), dans lesquels M. Lannelongue a complété ses premiers renseignements au point de vue opératoire et résumé l'ensemble de ses opérations.

« Les résultats opératoires, dit-il, ont été les suivants : 25 opérations, 24 guérisons; la moyenne des guérisons opératoires a été de 10 jours. Une seule mort au bout de 8 heures..... Le plus jeune de mes opérés a été un garçon de 8 mois et le plus âgé avait 12 ans et demi. J'ai opéré 13 garçons 12 filles.

« Parlerais-je maintenant, ajoute-t-il, des résultats définitifs? Cela devrait être, car s'il est encourageant de n'avoir à enregistrer pour ainsi dire que des succès opératoires, on ne doit pas oublier qu'on vise un tout autre but. Ce but on peut le déterminer dans cette formule : Faire rentrer dans la vie commune des sujets voués à l'existence la plus misérable, tant au point de vue intellectuel et moral qu'au point de vue physique. Mais à qui pourrait venir la pensée que ces déshérités de toutes les manières seront régénérés et transformés subitement ? »

Et il terminait ainsi :

« Mes opérés sont suivis avec toute la sollicitude que je puis y mettre et je possède déjà des documents qui me permettent de dire que le plus grand nombre d'entre eux sont manifestement améliorés. Mais comme beaucoup de ces opérations sont encore récentes, je me borne aujourd'hui à en informer mes confrères, en attendant que je puisse livrer intégralement à la publicité les résultats obtenus. »

Plus de trois ans se sont écoulés depuis la première opération pratiquée par M. Lannelongue, et par conséquent nous aurons sans doute bientôt des renseignements des plus intéressants sur les conséquences du *traitement chirurgical de l'idiotie* sous le rapport intellectuel, moral et physique. »

(1) Fuller. — *Presse méd. belge*, 1878, p. 376 et *Progrès médical*, 1878, p. [illegible].
(2) *Bull. de l'Académie de médecine*, 1889, p. 40[illegible].
(3) *De la crâniectomie dans la microcéphalie, chez les enfants arriérés et chez les jeunes sujets présentant, avec ou sans crises épileptiformes, des troubles moteurs ou psychiques* (Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière, 1891, [illegible]).
(4) *Ibid.* (*Congrès français de chirurgie*, 31 mars 1891, p. [illegible]).

II. Notre savant compatriote trouva bien vite des imitateurs non seulement en France, mais encore dans divers pays, notamment en Angleterre, aux États-Unis, etc. Nous avons réuni dans le tableau synoptique ci-après les principales indications sur tous les cas d'idiotie traités par la crâniectomie que nous avons pu trouver dans les recueils périodiques ou qui nous ont été communiqués par les auteurs. (Voir p. 466, 467, 468, 469, etc.)

Sur les 83 cas de *crâniectomie* résumés dans ce tableau, il y a eu 15 décès. Dans plusieurs cas on a noté consécutivement à l'opération des convulsions ou des paralysies limitées (?).

Sauf quelques-unes qui ont été prises avec soin, la plupart des observations que nous avons dépouillées manquent des détails qui sont nécessaires pour avoir une idée exacte de l'état intellectuel, moral et physique des enfants avant l'opération. Toutes ou à peu près toutes donnent des renseignements insuffisants sur l'état des malades *avant l'opération* et surtout au moment où l'observation a été publiée. En pareille matière on ne saurait entrer dans trop de détails pour permettre d'établir une comparaison sérieuse et d'apprécier scientifiquement et pratiquement la valeur de la *crâniectomie*. Souvent il est parlé d'une amélioration, mais on précise rarement en quoi elle consiste. Elle est d'ailleurs possible soit parce que l'opération a produit une sorte de révulsion, soit aussi et surtout parce que tout le monde, chirurgiens, internes, infirmiers et infirmières, autour de l'enfant, s'est intéressé à lui, a cherché à l'améliorer plus qu'on ne le faisait auparavant.

III. En pratiquant la crâniectomie, M. Lannelongue se proposait, avons-nous dit, « de donner un nouvel essor au cerveau, en affaiblissant la résistance du crâne. » Et cette résistance, suivant lui et les chirurgiens qui ont recours à cette opération, reconnaîtrait pour cause l'*ossification prématurée des sutures chez les microcéphales*, nom générique sous lequel il paraît réunir les différentes formes de l'idiotie. Les lésions décrites (hydrocéphalie, sclérose, etc., « coïncident, écrit-il, avec la *synostose prématurée*. »

Cette opinion est-elle justifiée par l'anatomie pathologique? Vous allez en juger vous-mêmes, Messieurs, si vous voulez bien jeter un coup d'œil sur les crânes que nous allons faire passer sous vos yeux. Toutefois, dans l'hypothèse où l'opinion qui admet la synostose prématurée du crâne chez les idiots serait exacte, la nécessité de la crâniectomie ne serait pas encore démontrée : il resterait en effet, à examiner ce que la crâniectomie peut faire pour la guérison des lésions qui occasionnent ce qu'on appelle l'idiotie. Et, comme nous joignons aux crânes les *photographies des cerveaux* qu'ils contenaient, nous croyons utile de rappeler à titre de renseignement et pour abréger notre description, *l'essai de classification anatomo-pathologique des idioties* qui nous sert habituellement de guide. Nous avons l'habitude de distinguer les formes suivantes:

1° *Idiotie symptomatique de l'hydrocéphalie* ou *idiotie hydrocéphalique*;

2° *Idiotie symptomatique de la microcéphalie* ou *idiotie microcéphalique*;

Nos d'ordre.	NOMS DES OPÉRATEURS.	SEXE. G.	SEXE. F.	AGE.	DIAGNOSTIC.	DATE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTAT.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
1	Fuller (de Montréal).	G.		2 ans.	Idiotie.	1878	Paralysie transitoire du bras. Amélioration.	*Progrès médical*, 1878, p. 9 et *Presse médicale belge*.
26	Lannelongue........	13	12	»	Idiotie; microcéphalie.	1890-91	1 mort.	*Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 80.
27	Anger (Th.)..........		F.	8 ans.	Idiotie.	11 février 1891.	Amélioration légère.	*Ibid.*, 1891, p. 81.
28	Barlow (John)		F.	33 mois.	Microcéphalie	21 décemb. 1892 6 mai 1893.	Amélioration.	*The Glasgow med. Journ.* 1893, juin, p. 401.
29	Bauër..............		F.	»	Microcéphalie.	2 crâniectomies Pas de dates.	Guérison opératoire.	*Clinique des médecins et chirurgiens de St-Louis*
30	Bilhaut		F.	12 ans.	Idiotie traumatique.	9 décem. 1892.	Amélioration, ne parle pas.	Inédite.
31	Bilhaut.............	G.		4 ans.	Idiotie.	11 mai 1892.	Amélioration.	*Annales d'orthopédie*, 189 p. 177.
32	Id.		F.	3 a. 1/2.	Idiotie.	1° crâne à g. 30 mai 1890. 2e à d. 14 juin 1892. sur la dem. exp. de la mere.	Amélioration, bave moins. Mort après la 2e op.	Inédite.
33	Id.	G.		4 ans 2 mois.	Idiotie complète.	17 juin 1892.	Nuls.	Inédite.
34	Id.		F.	5 ans 1/2	Idiotie.	8 juillet 1892.	Hémorrhagie due à l'ouverture du sinus pariétal de Breschet mort 2 h. après l'opération.	Inédite.
35	Id.		F.	13 ans.	Idiotie.	30 novem. 1892.	Amélioration, ne parle pas.	Inédite.

3° *Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions*;

4° *Idiotie symptomatique d'une malformation congénitale du cerveau (porencéphalie vraie, absence du corps calleux* ou *d'une malformation pathologique (pseudo-kystes, foyers ocreux, pseudo-porencéphalie, etc.)*;

5° *Idiotie symptomatique de sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse*;

6° *Idiotie symptomatique de sclérose atrophique*: *a* sclérose des deux hémisphères ou d'un hémisphère; *b* sclérose d'un lobe du cerveau; *c* sclérose de circonvolutions isolées; *d* sclérose chagrinée du cerveau (?);

7° *Idiotie symptomatique de méningite* ou *de méningo-encéphalite chronique* ou *idiotie méningitique*;

8° *Idiotie avec cachexie pachydermique* ou *idiotie myxœdémateuse*, liée à l'absence de la glande thyroïde;

9° *Idiotie symptomatique de tumeurs de l'encéphale* (1).

Ceci dit, nous allons soumettre à votre examen les *crânes* de 21 enfants idiots ainsi que les *photographies des cerveaux* correspondants.

OBS. I. — IDIOTIE HYDROCÉPHALIQUE.

SOMMAIRE. — *Père, caractère emporté; excès de boisson* (absinthe). — *Grand-père paternel rhumatisant.* — *Arrière grand-père paternel grand buveur.* — *Grand-oncle paternel alcoolique.* — *Cousin paternel* (fils du précédent), *excès alcooliques; aliéné.* — *Grand'tante paternelle imbécile.* — *Mère migraineuse.* — *Arrière grand'mère maternelle, petites attaques de ramollissement* (de 79 à 82 ans). — *Tante maternelle crises nerveuses.* — *Tante maternelle morte phtisique.* — *Tante maternelle rhumatisante.* — *Cousin*

(1) Peut-être y aurait-il lieu de reconnaître une autre forme, *l'idiotie traumatique*, qui, elle, serait parfois justiciable de la craniectomie.

N° d'ordre.	NOMS DES OPÉRATEURS.	SEXE. G.	SEXE. F.	AGE.	DIAGNOSTIC.	DATE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTAT.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE.
36	Bœckel (J.)	G.		7 ans.	Idiotie et microcéphalie.	11 avril 1892.	Amélioration; n'est plus gâteux.	(*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1893, nº 3, p. 27.)
37	Id.	G.		21 mois.	Microcéphalie.	17 octobre 1891.	Mort d'érysipèle au bout de 3 semaines; plaie guérie.	Inédite.
38	Id.		F.	7 ans.	Idiotie.	20 fév. 1891.	Amélioration ; ne gâte plus ; va à l'école.	Id.
39	Id.		F.	9 ans.	Microcéphalie.	2 déc. 1891.	Amélioration.	Id.
40	Id.	G.		8 ans.	Idiotie.	4 mars 1892	Résultat à peu près nul.	Id.
41	Id.	G.		8 ans.	Idiotie; suite de méningite chronique.	5 fév. 1892.	Mort de méningite au bout de 15 jours.	Id.
42	Id.		F.	3 ans.	Idiotie; crie sans cesse.	23 nov. 1892.	Résultat médiocre; crie un peu moins.	Id.
43	Id.	G.		8 ans.	Méningite chronique; contractures.	11 février 1892.	Résultat nul.	Id.
44	Id.	G.		5 ans.	Idiotie; épilepsie.	2 mai 1892.	Accès moins fréquents.	Id.
45	Binnie	G.		20 mois.	Microcéphalie.	1892.	Mort.	*Kansas City med. Index*, 1892, XIII, p. 125.
46	Cerné	G.		39 mois.	Idiotie.	19 juin 1890.	Amélioration.	*Normandie médicale*, 1891, p. 401.

germain maternel sujet à des crises nerveuses. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 3 ans 1/2. — Frère méningite de l'enfance.

Impressions maternelles très vives durant le 1er et le 2e mois de la grossesse. — Dentition, parole, marche nulles. — Convulsions à 5 mois suivies du développement hydrocéphalique. — Retour des convulsions. — Contracture des membres. — Vagissements. — Persistance des fontanelles antérieure et postérieure ainsi que des sutures. Plagiocéphalie. — Description des contractures. — Signes de méningite. — Cécité. — Broncho-pneumonie ; mort.

AUTOPSIE. — *Description de la calotte crânienne et de l'encéphale; état vésiculeux du cerveau. — Congestion rénale. — Petits calculs du rein gauche. — Broncho-pneumonie.*

Esse., Louis est né le 18 octobre 1890, à Paris (2 ans).

Crâne. — Il est fortement plagiocéphale, la bosse frontale gauche et la bosse pariétale droite sont considérablement plus volumineuses que leurs opposées. Les fontanelles sont représentées par des membranes. L'*antérieure* irrégulièrement losangique, offre 0,07c/m. de diagonale antéro-postérieure et 0,075m/m. de diagonale latérale. L'angle antérieur est aigu et se continue par la *suture métopique* qui est très nette sur un trajet de 0,03c/m. et ne laisse ensuite que des traces surtout visibles à la face interne de la calotte; l'angle postérieur de cette fontanelle est très obtus, si bien que les deux côtés postérieurs du losange sont presque rectilignes. Les bords de ce losange sont plus colorés et d'un tissu plus spongieux que le reste du crâne. Dans l'angle latéral droit, un peu en avant de son sommet, se trouve comprise dans la membrane de la fontanelle une petite lamelle osseuse, mince, de 0,008m/m. de long et de forme lenticulaire. La suture coronale n'est pas plus accentuée que la suture métopique ; elle est nette de chaque côté sur un trajet de 0,02c/m. ; à partir des angles latéraux de la fontanelle, elle est *synostosée* complètement à droite sur un trajet de 0m,045 mm. et à gauche sur un trajet de 0,03c/m. La suture sagittale, peu contournée, a une longueur de 0,095 ; ses bords sont espacés et remplis par une légère membrane, un

N° d'ordre.	NOMS DES OPÉRATEURS.	SEXE. G.	SEXE. F.	AGE.	DIAGNOSTIC.	DATE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTAT.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE.
47	Chénieux	F.		4 ans 2 mois.	Idiotie.	7 oct. 1891 et 22 janvier 1892.	Amélioration légère.	*Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 389.
48	Chénieux	G.		20 mois.	Idiotie; microcéphalie.	octobre 1891.	Amélioration (1).	*Ibid.*
49	Clayton Parkill	G.	F.	4 ans.	Microcéphalie.	9 octobre 1891	Amélioration.	*The med. News*, 1892, 27 février, p. 236.
50	Estor		F.	11 a. 1/2	Idiotie.	10 octobre 1890.	Guérison opératoire. Pas d'amélioration.	*Montpellier médical*, 4 juin 1892, p. 446.
51	Gerster et Sach		F.	4 ans 1/2	Idiotie.	16 janvier 1891.	Mort 3 h. 1/2 après l'opération.	*Amer. journal of med. Science*, 1891.
52	Heurtaux		F.	6 mois.	Idiotie.	1er février 1891.	Mort.	*Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 91.
53	Horsley	G.		3 ans.	Microcéphalie.	1891.	Amélioration.	*British med. journal*, 12 septembre 1891, p. 579.
54	Horsley	G.		7 ans.	Idiotie.	1891.	Mort.	*Ibid.*
55	Jaboulay	G.		11 ans.	Idiotie impulsive.	janvier 1892.	Même état.	*Archives provinciales de médecine*, mars 1892.
56	Id.	G.		13 ans.	Idiotie impulsive, crises nerveuses.	juin 1891.	Peu d'amélioration.	*Ibid.*
57	Jaboulay	G.		4 ans 1/2	Idiotie; plagiocéphalie.	juin 1892.	Même état (?).	*Ibid.*

tissu spongieux analogue à celui qui borde la fontanelle antérieure et formant une bande de 0,005 mm. à droite et à gauche, la côtoie (*Fig.* 1).

La *fontanelle postérieure* (*Fig.* 2) a l'aspect irrégulier d'un triangle isocèle dont la base a un cent. 1/2, la hauteur 0,037 mm. et les côtés 0,04 cent. A la partie moyenne de sa hauteur le triangle a environ 0,008 mm. Les bords sont dentelés grossièrement et une membrane l'oblitère.

La bande osseuse spongieuse qui la borde est moins accentuée qu'au niveau de la fontanelle antérieure. La *suture lambdoïde*, très irrégulière, est formée à droite et à gauche, d'une succession d'*os wormiens* plus nombreux à gauche où ils sont au moins une vingtaine. Tout le trajet de cette suture est formé d'un tissu spongieux analogue à celui que nous avons signalé sur le bord des fontanelles. La table interne de l'os est très lisse et n'offre que de très faibles sillons pour les vaisseaux méningiens. La paroi du crâne est d'une minceur considérable, 0,001 mm. à 0,0015. Le coté gauche est nettement plus épais que le droit, sans cependant dépasser 0,003 mm. d'épaisseur au niveau de l'épine frontale. Vus par transparence, les os sont translucides sur une grande partie de la calotte, surtout au niveau des bosses frontales et pariétales d'où rayonne le tissu avoisinant. Ces points ont l'aspect de centres d'ossification. Au pourtour sont des zones opaques qui s'étendent jusqu'au voisinage des sutures où le tissu osseux prend des caractères spéciaux. En effet, au niveau de ces sutures, l'os est formé de fibrilles parallèles entre elles, perpendiculaires à la suture et séparées par des espaces translucides.

La *photographie du cerveau* montre qu'il était transformé en une double poche kystique. Ajoutons qu'en maints endroits sa minceur était telle que la couche cérébrale n'avait même pas un millimètre.

OBS. II. — IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE.

SOMMAIRE. — *Antécédents paternels et maternels négatifs. Impression maternelle vive avant la conception, se prolongeant pendant et après la grossesse.—Pas de consanguinité.*

Nos d'ordre	NOMS DES OPÉRATEURS.	SEXE. G.	SEXE. F.	AGE.	DIAGNOSTIC.	DATE DE L'OPÉRATION	RÉSULTATS.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE.
58	Keen		F.	4 ans 7 mois.	Microcéphalie.	1re crânie 1890 2e le 17 février 1891.	Guérison opératoire, amélioration	*Med. News*, 29 novembre 1890, p. 557.
59	Keen		F.	11 ans.	Idiotie.	1re craniectomie 3 déc. 1890. 2e craniectomie 2 mars 1891.	Amélioration peu prononcée; guérison opératoire.	*Amer. Journal of med. Science*, 1891, Juin.
60	Id.	G.		16 mois.	Idiotie, crises convulsives.	6 janvier 1891	Mort 1 h. 1/4 après l'opération.	*Amer. Journal of med. Science*, 1891.
61	Lane	G.		[illegible] mois	Idiotie.	[illegible] août 1888.	Mort 14 h. après l'opération	*The med. Journal of the american med. Association*, 9 janvier 1892, p. 49.
62	Lane	G.		id	Imbécillité, microcéphalie.	1891.	Amélioration.	*Ibid.*, p. 488.
63	Larabrie (de Nantes)		F.	Id.	Idiotie, crises convulsives.		Mort au 5me jour.	
64	Largeau	G.		[illegible] ans	Idiotie.	[illegible] juillet 1891.	Amélioration légère.	*Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 337
65	Mac Clintoc		F.	3 a. 8 m.	Microcéphalie	23 mars 1891.	Amélioration.	*Jour. of nervous and mental diseases*, octobre 1891, p. 645
66	Maunoury		F.	4 ans.	Microcéphalie.	29 octobre 1890.	Pas d'amélioration	*Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 90.
67	Maunoury	G.		1 an.	Microcéphalie.	2 mars 1891.	Mort 20 h. après l'opération.	*Ibid.*
68	Morrisson			29 mois.	Idiotie.	17 avril 1891.	Amélioration	*New-York med. Record*, 18 juillet 1891, p. 63.

Premières convulsions à [illegible] mois. — Idiotie [illegible], bave, balancement, gâtisme, etc. — Marche à [illegible] ans [illegible] — Microcéphalie très prononcée. — Prognathisme supérieur. Diphtérie : mort.

AUTOPSIE. — *Absence presque complète du lobe occipital. Acrocéphalie. — Arrêt de développement et malformations considérables du cerveau. — Encéphale, 490 gr.*

Cluto... (Léon Eugène) est né à Vauvillé (Seine-et-Marne), le 17 mai 1876 (13 ans).

Crâne. — Il est court, comme rectangulaire, mais assez régulier sauf au niveau de l'occipital. Les bosses frontales ne font pas de relief; les bosses pariétales sont légèrement saillantes. L'occipital est très déprimé, sa direction est oblique comme celle d'un toit et non plus convexe. Au-dessous du lambda, au niveau de l'os interpariétal, il existe même une dépression assez prononcée qu'explique très bien la lésion du cerveau, dont les lobes postérieurs faisaient défaut; cette partie déprimée a près de 0,04 cm. transversalement et 0,03 [illegible] Au-dessous [illegible] elle l'occipital de chaque côté devient plus saillant surtout à gauche, d'un [illegible] degré d'asymétrie. [illegible] elle est [illegible] de 2 ou 3 mm. excepté au niveau des [illegible] de la jonction du pariétal avec l'occipital. Au niveau de la crête occipitale [illegible] partie déprimée dont nous avons parlé, il y a un épaississement assez prononcé comme si l'os avait voulu combler [illegible] par l'absence des lobes postérieurs du cerveau. La suture [illegible] est très sinueuse; il en est de même de la suture [illegible] sauf au niveau [illegible] d'un centimètre. La suture [illegible] (Fig. 3).

Les sutures sont également [illegible] sur la face interne du crâne où on note en outre [illegible] dépressions plus ou moins [illegible] plaques [illegible] saillantes. Les [illegible] les unes sur les autres, ce qui indique [illegible] l'absence complète de synostose.

Nos d'ordre.	NOMS DES OPÉRATEURS.	SEXE. G.	F.	AGE.	DIAGNOSTIC.	DATE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTATS.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE.
69	Moulonguet.........	G.			Idiotie.	Juillet 1892.	Pas d'indication.	*Soc. méd. d'Amiens*, août 1892
70	Péan................	G.		14 ans.	Idiotie hydrocéphal.	1re crâne à dr. 2e crâne à g. 1893	Amélioration.	*La clinique internationale*, 15 février 1893.
71	Perry (Allan)........		F.	3 ans 3 mois.	Microcéphalie.	1 décemb. 1892.	Amélioration. considérable au bout de 2 mois.	*British med. journal* 1893, mars, p. 580.
72	Petel (de Rouen)		F.	17 ans.	Idiotie.	15 mars 1891.	Pas d'amélioration	Voir plus loin : OBSERVATION I
73	Piechaud-Pons		F.	13 ans.	Idiotie.	(?)	Amélioration peu sensible.	*Jour. de médec. de Bordeaux* juillet et août 1891, p. 356.
74	Piéchaud-Régis		F.	4 ans 1/2.	Idiotie.	février 1892.	Même état.	*Ibid.*
75	Prengrueber	G.		9 ans.	Idiotie et microcéphalie.	décembre 1891.	Amélioration.	*Bulletin médical*, 1892, 27 janvier, p. 81.
76	Prengrueber et E. Péan.	G.		13 ans.	Idiotie microcéphalique.	9 février 1891.	Amélioration légère.	*The med. News*, 13 juin 1891 p. 653.
77	Ransohoff...........		F.	3 ans 7 mois.	Idiotie.	21 mars 1892.	Amélioration.	*British med. Journal*, 2[illegible] juillet 1892, p. 176.
78	Schalders-Miller	G.		8 mois.	Microcéphalie et névrite optique.	8 novemb. 1890	Quelque amélioration.	*The med. News*, 3 janvier 1891.
79	Trimble.............			3 ans.	Idiotie.	7 octobre 1891.	Guérison opératoire.	*Weekly medical Review*, 2[illegible] novembre 1891.

La *Fig.* 4 représente l'*encéphale* vu par sa face convexe : on voit que la partie postérieure des deux hémisphères cérébraux fait défaut, ce qui explique l'affaissement de l'*occipital*, que rien ne soutenait.

(A titre de comparaison, M. Bourneville montre le crâne d'un microcéphale mort à 59 ans, sur lequel il y a une synostose presque complète des sutures et le crâne d'un enfant *sain* de 14 ans sur lequel la suture coronale est complètement ossifiée).

OBS. III. — IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE.

SOMMAIRE. — *Enfant assisté : absence complète de renseignements héréditaires et personnels. — Gingivite. — Oreillons. — Rougeole. — Parole, attention, nulles. — Rotation de la tête. — Préhension imparfaite. — Phimosis. — Pneumonie gauche. Mort.*

AUTOPSIE. — *Atrophie générale des circonvolutions, sclérose de la pointe du lobe occipital droit. Soulèvement partiel de l'écorce cérébrale. — Corps thyroïde : 10 gr. — Traces de thymus.*

Loui... Joseph est né à Paris le 10 mars 1883 (10 ans).

Crâne. — Sa forme est ovoïde avec un léger degré de plagiocéphalie (aplatissement du frontal à gauche et de la région occipito-pariétale à droite). Son épaisseur est assez considérable, 6 à 7 millimètres au niveau du frontal et de la partie moyenne de l'occipital, 4 à 5 au niveau du pariétal. La suture métopique persiste entièrement, ainsi que les sutures frontale, sagittale et lambdoïde, et cela sur les deux faces. A un centimètre du bregma, il existe sur la suture sagittale un os wormien transversal de 10 millimètres sur 5 millimètres. On trouve deux autres os wormiens à la jonction des sutures sagittale et lambdoïde. Cette dernière présente sur son côté gauche 3 os wormiens, dont l'un a près de 2 centimètres carrés, et 2 autres sur le droit (*Fig.* 5).

NOMS DES OPÉRATEURS.	SEXE. G.	SEXE. F.	AGE.	DIAGNOSTIC.	DATE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTAT.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE.
…holske…………	G.			Idiotie.	7 octobre 1891.	Guérison opératoire.	*Weekly medical Review*, 21 novembre 1891.
…lard……………			5 ans.	Idiotie.		Mort le 3eme jour.	*University med. Magaz.*, octobre 1891.
…eth……………	G.		1 an.	Idiotie.	7 janvier 1891.	Amélioration.	*Med. Record*, N. Y. 21 févri… 1891, p. 233.
…boul (J.)…………	G.		10 ans.	Idiotie : microcéphalie.	16 novem. 1892.	Mort le 29 novem. 1892.	*Archives provinciales de chirurgie*, 1er juin 1893, p. 402.



Fig. 1. — Obs. I. — Fontanelle …



Fig. 2. — Obs. I. — Fontanelle post…

Obs. IV. — Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions.

Sommaire. — *Père, convulsions à 2 ans; quelques excès de boisson (absinthe) : cauchemars: caractère violent. — Grand-père paternel caractère un peu emporté. — Mère convulsions de l'enfance; très nerveuse, migraineuse, caractère irritable, morte en couches : paralysée du côté gauche. — Grand-père maternel aliéné. — Cousine germaine morte de méningite. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 4 ans (mari plus âgé).*

(1) La malade de M. Chéneux a été craniectomisée par M. Lannelongue en décembre 1892.

Tête penchée. — Convulsions des yeux depuis la naissance jusqu'à 4 ans. — Légère paralysie du côté gauche. — Rougeole à un an, vacciné à un an et demi avec succès.— Varioloïde à 2 ans. — Coqueluche à 4 ans. — Gourmes, impétigo, blépharite, otorrhée à 3 ans. Tics de la langue et rotation de la tête; mastication défectueuse; marche, parole, attention, nulles. — Balancement de la tête. — Accès de cris la nuit : bave. — Tuberculose. Cachexie générale, mort.

Autopsie. — *Adhérences de la dure-mère à la pie-mère. — Adhérences nombreuses de la face interne des lobes frontaux. — Arrêt de développement des circonvolutions. — Atrophie du tubercule mamillaire, du pédoncule gauches, de la pyramide antérieure du même coté. — Absence des olives.*

Coppi.. René est né à Fontenay-sous-Bois, le 3 octobre 1887 (5 ans).

Crâne. — Il est très asymetrique ; le frontal gauche est très déprimé ; la région occipito-pariétale l'est encore davantage. Plagiocéphalie très-prononcée. Son épaisseur varie de 1 mm. $^1/_2$ à 3 mm. La suture métopique est ossifiée, et on trouve à son niveau une sorte de crête ; les sutures coronale, sagittale



Fig. 3. — Obs. II.

etlambdoïde persistent sur les deux faces et sont très-sinueuses, même au niveau de l'obélion (*Fig.*6). L'os épactal (*Fig.*7) est circonscrit par des sutures sinueuses et se trouve situé sur la moitié gauche de l'occipital (2 cm. 3 cm.). Nombreuses plaques translucides sur la moitié postérieure des pariétaux, la partie supérieure de l'occipital, au niveau de bregma et sur la partie latérale du frontal droit.



Fig. 4. — Obs. II.

Obs. V. — Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions.

Sommaire. — *Père, plagiocéphalie, aucun antécédent dans sa famille. — Mère rhumatisante, névralgies intercostales, migraineuse. — Grand'mère maternelle migraineuse. — Grand'oncle maternel mort de la poitrine. — Tante maternelle migraineuse. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 4 ans (mère plus âgée).*

Impressions pénibles de la mère durant sa grossesse causées par la vue d'un épileptique en accès. — Allaitement au sein puis au lait de chèvre. — Première dent à 17 mois. — Convulsions à 6 mois. — Parésie du côté droit ? — Marche nulle. — Cris. — Crispations des mains. — Gâtisme. — Congestion pulmonaire. Mort.

Autopsie. — *Pas d'adhérences de la pie-mère; arrêt de développement des circonvolutions. Aspect légèrement gélatiniforme du cerveau. — Thymus persistant (10 gr.). — Corps thyroïde, 4 gr. — Congestion pulmonaire.*



Fig . — Obs. III.

Gatea.... Emil. est né le 15 avril 1891 (18 mois).

Crâne. — Il a la forme d'un ovoide très-allongé et régulier; il est très-mince, d'un à 2 millimètres d'épaisseur. La suture métopique existe dans toute sa longueur ; les autres sutures persistent sur les deux faces du crâne ; il existe un os wormien de 4 à 5 millimètres à l'origine de la branche droite de la suture lambdoïde. Le crâne est transparent sur presque toute sa surface. La fontanelle antérieure, qui persiste, mesure 40 millimètres sur 35 (*Fig.* 8).

Obs. VI. — Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions.

Sommaire. — *Rien du côté paternel ? . — Mère migraineuse. — Enfant naturel. — Chûte de la première dent à 3 mois. — Début des accidents convulsifs à 8 mois. — Succion du pouce. — Alternatives de diarrhée et de constipation. — Connaissance, parole. marche. préhension nulles. — Klep-*

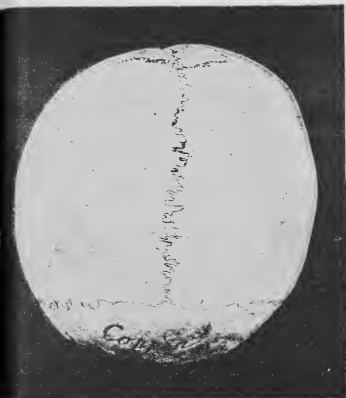


Fig 6. — Obs. IV.

tomanie ; grincement des dents ; gâtisme ; onanisme ; bave. Rougeole. — Vertiges très nombreux ; affaiblissement progressif ; hypothermie ; mort.

Autopsie. — *Adhérences de la dure-mère au crâne. — Aspect gélatiniforme des circonvolutions ; sillons peu profonds.*

Martin... (Hermance), est née à Paris le 22 janv. 1890 (3 ans).

Crâne. — Il a la forme d'un ovoïde irrégulier en ce sens que la moitié gauche du frontal est déprimée, tandis que la région pariéto-occipitale droite est aplatie ; son épaisseur varie de 2 à 4 m/m. (plagiocéphalie). La suture métopique est complètement fermée. Toutes les autres sutures persistent, examinées par la face externe. Elles sont au contraire fermées du côté de la face interne. La fontanelle antérieure persiste; elle est dirigée obliquement de droite à gauche et d'avant en arrière; elle mesure plus de 2 centim. transversalement et 7 à 8 m/m. dans le sens antéro-postérieur. Tout autour d'elle, et à l'extrémité de la suture fronto-pariétale et des occipitaux, se voient des plaques transparentes. *(Fig. 9).*

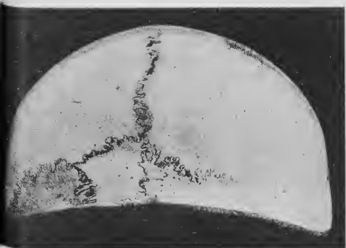


Fig. 7. — Obs. IV.

Obs. VII. — Idiotie congénitale.

Sommaire. — *Père, rien de particulier. — Oncle paternel alcoolique. — Grand'mère et tante paternelles violentes. — Mère, migraines, diminuées par le mariage. — Grand-père maternel, excès de boisson, paralysé du côté gauche. — Arrière-grand'mère maternelle, morte paralytique. — Pas de consanguinité ; différence d'âge de 5 ans. — Une sœur a eu une rougeole compliquée de méningite. — Une autre sœur a eu des convulsions.*

Émotion vive durant la grossesse. — Parole, attention, préhension, marche, mastication nulles. — Amélioration



Fig. 8. — Obs. V.

pour la parole et la marche. — Invagination intestinale ; mort.

Autopsie. — *Absence de synostose. Circonvolutions paraissant régulières. Pas de méningite. Semis de tubercules sur la plèvre du côté droit. Invagination intestinale.*

Guerria... (Jean Aclet) est né à Paris, le 17 novembre 1888, (4 ans 1/2).

Crâne. — Il est assez régulièrement ovoïde. La bosse frontalo gauche est un peu aplatie et la bosse pariétale correspondante un peu plus développée qu'à droite. Le crâne est mince (de 1 à 2 mm.) La suture métopique est fermée. Toutes les autres sutures persistent et sont assez sinueuses. On trouve un os wormien de 10 mm. sur 6 mm. à l'origine de la branche gauche de la suture lambdoïde, et un autre semblable à la partie moyenne de la branche droite de la même suture. Le dernier de ces os wormiens n'est presque plus apparent à la face interne, tandis que le premier l'est encore. Nombreuses plaques transparentes au niveau du bregma, des bosses pariétales, de l'occipital et de la suture coronale. *(Fig. 10).*

OBS. VIII. — IDIOTIE CONGÉNITALE.

SOMMAIRE. — *Père, fièvres intermittentes, devenu épileptique à la suite d'émotions durant la Commune; accès rares. — Mère, rien de particulier, sauf qu'elle a uriné au lit jusqu'à 16 ans. — Grand-père maternel, excès de boisson, mort de congestion cérébrale. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 10 ans.*

Première dent à 4 mois. — Début de la marche et de la parole à un an. Bronchite à 1 an; cessation de la marche et de la parole. Gâtisme. — Incapacité de s'habiller. — Accès de cris. — Tics; se mord les mains; accès de colère. — Progrès de la marche.

AUTOPSIE. — *Adhérences de la dure-mère aux os; injection de la pie-mère, qui se détache facilement. Coloration chair de saumon des circonvolutions. — Un peu d'œdème des cordes vocales. — Thymus 5 gr., corps thyroïde 5 gr. Cause probable de la mort : asphyxie par œdème de la glotte.*



Fig. 9. — OBS. VI.



Fig 10. — OBS. VII.

Musi... (Alice) est née à Malakoff (Seine), le 20 mars 1890 (2 ans).

Crâne. — Il est ovoïde, avec un degré assez léger de plagiocéphalie. Son épaisseur varie de 1 mm. 1/2 à 3 mm.; il présente de très nombreuses plaques transparentes disséminées partout, principalement au niveau de la fontanelle antérieure. La suture métopique est fermée, toutes les autres sutures n'offrent aucune trace de synostose, soit à la face externe, soit à la face interne, elles sont translucides dans la plus grande partie de leur longueur. (*Fig.* 11).



Fig. 11. — OBS. VIII.

OBS. IX. — IDIOTIE COMPLÈTE SYMPTOMATIQUE DE DOUBLE PORENCÉPHALIE VRAIE.

SOMMAIRE. — *Père et grand père paternel, quelques excès de boisson. — Mère, convulsions de l'enfance, nerveuse. — Grand-oncle paternel, mort de tuberculose. — Sœur, accidents nerveux. — Émotion vive au 5e mois de la grossesse.*

Premières convulsions à 3 mois; — crises fréquentes jusqu'à un an. — Rougeole et influenza à 5 ans. — Sueurs abondantes de la tête suivies d'un peu d'amélioration. — Marche et parole nulles. — Strabisme externe; cécité complète. — Contractures des 4 membres. — Mastication nulle: bave, accès de cris. — Tics de la face et balancement. — Gâtisme. — Épilepsie, congestion pulmonaire: mort.
AUTOPSIE. — *Porus vrai des deux hémisphères cérébraux. — Méningo-encéphalite chronique. — Atrophie de la protubérance. — Lésions pulmonaires.*

Roc... (Georges E.) est né à la Noue (Marne), le 16 juin 1886, (6 ans) (1).

Crâne. — La *voûte crânienne* est assez élevée, mince, les os sont peu épais. Il y a de nombreuses plaques transparentes occupant la moitié de la calotte à gauche et les 2/3 à droite. — La *suture sagittale* entièrement libre est modérément sinueuse. Les dentelures sont apparentes aussi bien sur la table interne que sur la table externe. — La *suture coronale* est très régulière, sans interposition d'os wormiens. Aucune trace de synostose n'est appréciable sur l'une ou l'autre face. — La *suture coronale* est libre dans toute son étendue, sans trace de synostose: les fontanelles et la suture métopique sont fermées. (*Fig.* 12).

Les *Fig.* 13, 14, 15 et 16 donnent une idée précise de la malformation des deux hémisphères du *cerveau*.



Fig. 12. — Obs. IX.

OBS. X. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE D'UN ANCIEN FOYER (*pseudo-kyste*) DU LOBE TEMPORAL GAUCHE ET DE MÉNINGITE DE L'HÉMISPHERE DROIT.

SOMMAIRE. — *Père, nerveux, convulsions de l'enfance: fièvres intermittentes probables. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle, nerveuse. — Arrière-grand-père paternel mort d'hémorrhagie cérébrale. — Cousin paternel, excès de boisson, aliéné. — Oncle paternel mort de convulsions. — Mère sujette à des névralgies faciales. — Grand-père maternel, excès de boisson, mort de congestion cérébrale, avec paralysie du côté gauche. — Grand'mère maternelle sujette à des névralgies faciales. — Arrière-grand-père maternel, suicidé. — Arrière-grand'mère maternelle, excès de boisson. — Deuxième arrière-grand'mère maternelle morte d'un cancer du sein. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.*
Émotion vive et chute durant la grossesse. — Naissance un peu avant terme. — Accidents convulsifs mal caractérisés du 18e au 21e jour après la naissance. — Premières dents à un an. — Accès de cris. — Cognements de tête contre les murs. — Blépharite. — Parole et marche nulles, jambes de plus en plus faibles.
1891. *Accès de colère et de cris. — Balancement latéral de la tête et antéro-postérieur du tronc; grimaces de la face et occlusion des paupières. — Grincements de dents. — Attention et affectivité nulles. — Onanisme.*
Octobre: Toux, diarrhée, amaigrissement.
1892. *Cachexie tuberculeuse. — Mort.*
AUTOPSIE. — *Nombreuses adhérences de la pie-mère; —*



Fig. 13. — Obs. IX. — Hémisphère cérébral gauche, face supérieure.
L.F, lobe frontal. — Péd., pédoncule.
L.O, lobe occipital. — P, porus.

(1) Voir l'OBS. V du *Compte rendu de* 1892, p. 89.

absence du tubercule mamillaire gauche ; — pseudo-kyste du lobe gauche. — Tuberculisation pulmonaire, ganglionnaire, péritonéale, etc.



Fig. 14. — Obs. IX. — Hémisphère cérébral gauche ; face externe.

F1, F2, F3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
LO, lobule occipital.
P, porus.
sr, sillon de Rolando.

Scheff... (Désirée) est née le 12 avril 1888 (4 ans).

Crâne. — Les os du *crâne* sont extrêmement minces et offrent tous de très nombreuses plaques transparentes. — La *suture sagittale*, vue par transparence, laisse apercevoir des interstices nombreux permettant l'introduction d'un bec de plume surtout dans le rayon qui s'étend sur une longueur de 3 centimètres en avant des trous pariétaux (le gauche seul existe). La face externe ne porte en aucun point de son trajet trace d'un début quelconque de synostose. Il en est de même à la face interne. La suture est d'une grande simplicité et très peu arborescente. — La *suture coronale* est libre dans toute son étendue tant à la face interne qu'à la face externe. — La *suture lambdoïde* est entièrement libre et un peu plus compliquée que la sagittale ; on rencontre un petit *os wormien* à un centimètre de l'angle sur la branche droite. — Il n'y a pas trace de la *suture métopique. (Fig. 17).*

Les *Fig.* 18 et 19 représentent la face convexe de l'hémisphère cérébral gauche de Scheff.... En PK, sur la première, se voit le pseudo-kyste.



Fig. 15 — Obs. IX. — Hémisphère cérébral droit ; face externe.

F1, F2, F3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
LP, lobe pariétal.
Lo, lobe occipital.
P, porus.
sr, sillon de Rolando.

Obs. XI. — Idiotie microcéphalique. — Hémiplégie spasmodique. — Sclérose atrophique. — Tuberculose abdominale.

Sommaire. — *Père, alcoolique, emporté. — Grand-père paternel mort d'une attaque de paralysie. — Grand-oncle paternel tuberculeux. — Cousin germain, aveugle-né. — Mère, céphalalgies, intelligence bornée. — Grand-père maternel et arrière-grand'mère maternelle, morts d'une pleurésie. — Oncle maternel, ivrogne. — Frère asphyxié à la naissance. — Accident au 2me mois de la grossesse. — Frayeur légère au 6me mois. — Accouchement laborieux. — Asphyxie et déformation crânienne à la naissance. — Convulsions dès le premier jour. — Secondes convulsions à 4 mois. — Début de la parole à 18 mois. — Premières dents à 6 mois. — Ne marche pas. — Gâtisme complet. — Paraplégie inférieure et Hémiplégie gauche avec contracture. — Microcéphalie. — Tuberculose intestinale. — Mort.*
Autopsie. — *Sclérose atrophique des circonvolutions cérébra-*

les. — Ulcérations tuberculeuses de l'intestin. — Adénopathie mésentérique tuberculeuse.

Sal... (Paul) est né à Villejuif, le 8 avril 1888, 4 ans (1).

Crâne. — La *calotte crânienne* est un peu épaisse (3 à 4 mm.) mais peu dure, les sutures sont partout transparentes; les dentelures sont peu prononcées. La suture *interfrontale* seule est tout à fait ossifiée. Les *sutures pariéto-occipitales* ont des dentelures un peu plus sinueuses, et l'occipital est si peu soudé aux pariétaux qu'il en est au contraire presque détaché. Il y a une plaque transparente de chaque côté de la suture métopique et au niveau de l'angle antérieur et supérieur des pariétaux : la droite (25 mm.) est moitié plus grande que la gauche (*Fig.* 20). La voûte paraît symétrique.



Fig [illegible] — Obs. IX. — Hémisphère cérébral [illegible] face interne.

F[illegible], Première circonvolution frontale.
LP, lobe pariétal.
AC, avant-com.
C com.
LTS, lobe temporo-sphénoïdal.
co, couche optique.
V, ventricule.
spe, scissure perpendiculaire externe.

Les *Fig* 21, 22, 23 et 24 permettent de se rendre compte de l'état du *cerveau*.

(1) Voir son obs. dans le *Compte-rendu* pour 1892, p. 00.

Obs. XI bis.— Idiotie symptomatique de sclérose cérébrale.

Sommaire. — *Père, caractère violent. — Grand'mère maternelle, morte d'apoplexie. — Mère, caractère emporté. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 3 ans ½. Émotion au 2e mois de la grossesse, « révolution intérieure. » Pleurésie purulente et empyème à 19 mois.— Convulsions vers 2 ans pendant 17 jours. Gâtisme. Lymphatisme. — Sentiments affectifs nuls. — Marche, attention et parole nulles. Tics de la bouche et des yeux. Onanisme. Rougeole, diarrhée. Amaigrissement. Pneumonie. Mort.*

Autopsie. — *Absence de synostose, aspect chagriné, plissement des circonvolutions, sclérose cérébrale, la substance grise semble mobile sur la substance blanche. — Légère dilatation du ventricule cérébral gauche.*

Rouger... (Marcel) est né à Paris, le 15 janvier 1889 (3 ans ½).

Crâne. — Il est ovoïde avec dépression du frontal à droite et du pariétal à gauche, et surtout de l'occipital. Son épaisseur varie de 1 mm. 1/2 à 2 mm. 1/2. Il est transparent en plusieurs endroits surtout au niveau du bregma. — La suture métopique est fermée, mais toutes les autres sutures persistent à l'intérieur comme à l'extérieur du crâne. Elles sont sinueuses même au niveau de l'obélion. (*Fig.* 24 bis).

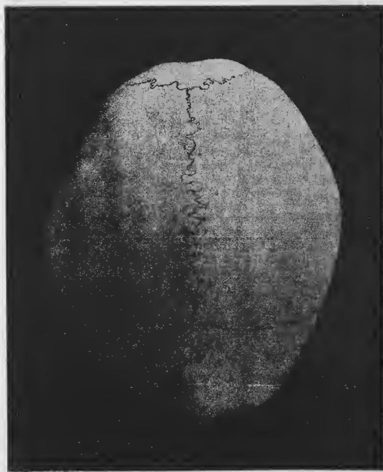


Fig. [illegible] — Obs. X.

Obs. XII. — Idiotie symptomatique de sclérose atrophique de l'hémisphère cérébral gauche et de méningo-encéphalite de l'hémisphère droit.

Sommaire. — *Père, convulsions de l'enfance, nerveux, sujet à des céphalalgies. — Grand-père paternel, migraineux. — Grand'mère paternelle, rhumatisante, crises de nerfs. — Arrière-grand-père paternel, mort d'hémorrhagie cérébrale. — Arrière-grand'mère paternelle, morte d'un cancer utérin. — Grand-oncle paternel, mort tuberculeux. — Grand'tante et cousins paternels, morts de convulsions. — Mère :*

céphalalgies, mélancolie. — Arrière-grand-père maternel, suicidé. — Frère, convulsions et méningite. — Sœur, convulsions avec hémiplégie transitoire. — Pas de consanguinité. — Egalité d'âge.

Premières dents à 4 mois. Dentition complète à 3 ans 1/2. Peur à six mois suivie de convulsions courtes et répétées, prédominant dans tout le côté droit. — Hémiplégie droite à 11 mois, compliquée de contracture. — Tic particulier des membres du côté droit à 18 mois. — Déviation du rachis. — Rougeole à 11 mois (?). — Bronchite à 15 mois. —

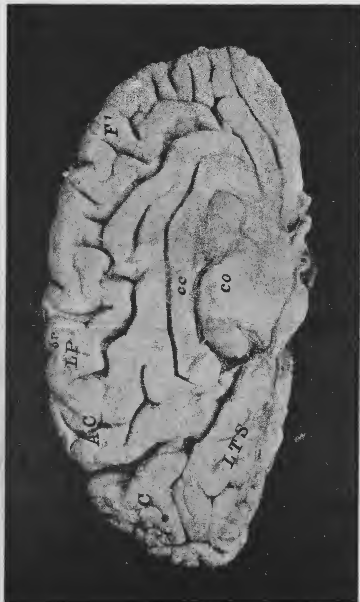


Fig. 18. — Obs. X. — Hémisphère cérebral gauche : face interne.

F1, première frontale.
LP, lobule paracentral.
AC, avant-coin.
C, coin.
LTS, lobe temporo-sphénoïdal.
cc, corps calleux.
co, couche optique,
sr, sillon de Rolando.

Tic de la face. — Succion, bave, cris gutturaux. — Hémiplégie droite avec contracture, épilepsie spinale. — Tic du pied gauche. — Phimosis. — Rougeole : mort.

Autopsie. — *Plagiocéphalie très prononcée. — Développement et épaississement plus grand de la moitié droite du crâne. — Absence de synostose. — Diminution de calibre des artères de la moitié gauche du cerveau. — Atrophie de la bandelette optique, du pédoncule cérébral, du tubercule mamillaire gauches. — Sclérose atrophique de l'hémisphère cérébral gauche. — Méningo-encéphalite de l'hémisphère cérébral droit.*

Hug... (Georges) est né à Paris, le 21 mars 1888 (4 ans).

Crâne. — La *calotte* du crâne est très mince ; toute sa *moitié droite a une épaisseur moitié moindre que la gauche.* Les zones de transparence y sont nombreuses, surtout au niveau de la partie postérieure du pariétal droit et de la partie supérieure et droite de l'occipital. Transparence encore très marquée dans la région de la fontanelle antérieure, le long des sutures et à la partie médiane du front sur une sur-

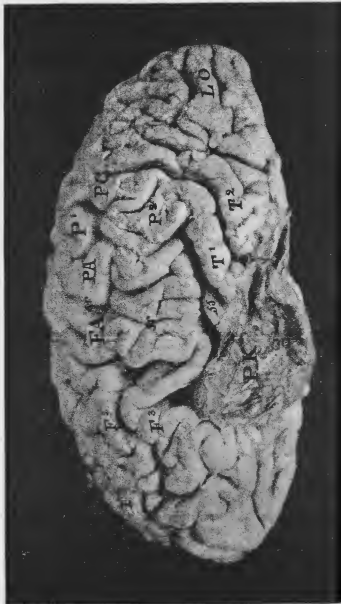


Fig. 19. — Obs. X. — Hémisphère cérébral gauche, face externe.

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
P^1, P^2, PC, lobes pariétaux supérieur et inférieur, pli courbe.
Lo, lobe occipital.
T^1, T^2, première et seconde porales.
sr, sillon de Rolando.
ss, scissure de Sylvius.
PK, pseudo-kyste.

face d'environ 2 cm. q. A gauche, les régions pariétales postérieure et occipitale supérieure sont encore transparentes, mais moins qu'à droite. Le crâne est parsemé, surtout au niveau de ses parties opaques, de petits traits noirs, de quelques millimètres, produisant absolument l'aspect que donne une épine enfoncée dans l'épaisseur de la peau. Il est aisé de se rendre compte que l'origine de cette particularité est la coagulation du sang dans les canaux du diploé. Les vaisseaux méningiens ont marqué sur les pariétaux des sillons très peu accentués. Pas de traces de la suture métopique. Les *sutures*

fronto-pariétales et *sagittale* sont finement dentelées et presque rectilignes au niveau de leur union. La suture sagittale laisse voir à son tiers postérieur une partie rectiligne de 2 centimètres environ, située au fond d'une légère dépression ; elle se continue, en formant toujours une légère gouttière, jusqu'à la suture lambdoïde et montre dans sa dernière partie des dentelures très accentuées et très contournées. Il en est de même de la *suture lambdoïde*. Sur tout le trajet de ces sutures on ne note *aucune trace de synostose* (*Fig.* 25).

L'aspect général du crâne est caractérisé par une *asymétrie considérable*. *Tout le côté droit*, dont nous avons signalé la plus grande épaisseur, *est beaucoup plus développé et plus saillant que le gauche*. La *base du crâne* est également asymétrique ; elle est beaucoup plus développée à droite et paraît tordue autour de son axe antéro-postérieur, qui au lieu d'être rectiligne serait convexe à droite. En résumé, il y a une *plagiocéphalie* des plus accentuées.

Les *Fig.* 26 et 27 montrent l'*hémisphère gauche atrophié sclérosé*, et la *Fig.* 28 la face convexe de l'*hémisphère droit* plus volumineux et siège de *lésions méningitiques*.



Fig [illegible] — Obs. XI.

Obs. XIII. — Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite et de sclérose cérébrale.

Sommaire. — *Père, caractère très emporté. — Grand-père paternel, colèreux, quelques excès de boisson ; mort phthisique. — Grand'mère paternelle, migraineuse. — Grand-oncle paternel mort aliéné ; excès de boisson. — Tante paternelle migraineuse. — Tante paternelle tuberculeuse. — Mère sujette à des migraines qui cessent durant les grossesses. — Grand'mère maternelle nerveuse, névralgique. — Arrière grand-père maternel mort paralysé et aphasique. — Grand'tante maternelle morte tuberculeuse. — Grand-oncle maternel aliéné. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an. — Frère, convulsions, mort de méningite. — Deux sœurs ont eu de petites convulsions et une autre des crises épileptiformes. Chagrins durant la grossesse. — Naissance à 7 mois 1/2. — Première dent à 9 mois ; dentition complète à 2 ans 1/2. Début de la parole à 16 mois. Bronchite à 7 mois 1/2. — Rachitisme. — Marche à 4 ans 1/2. — Rougeole à 13 mois (?) et à 7 ans 1/2. — Convulsions à 9 mois. Arrêt de l'intelligence. — Scarlatine à 7 ans 1/2. — Brûlure à 7 ans, suivie d'un tremblement. — Étourdissements avec chûte. — Céphalalgie. — Diminution de l'intelligence ; aggravation du tremblement. — Modifications du caractère. — Accès de colère. — Grincements de dents. — Bégaiement. — Broncho-pneumonie. Mort.*

Autopsie. — *Épaississement et adhérences de la pie-mère. — Adhérences des lobes frontaux. — Atrophie simple ou scléreuse d'un grand nombre de circonvolutions. — Sillons peu profonds ; prédominance des lésions à gauche. — Hépatisation rouge du poumon gauche. — Adhérences pleurales du même côté.*

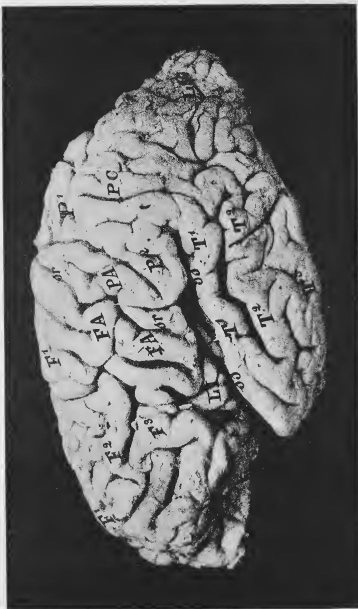


Fig. [illegible] — Obs. XI. — Hémisphère cérébral gauche ; face externe.

F1, F2, F3, première, seconde, troisième circonvolutions frontales.
FA, circonvolution frontale ascendante.
PA, circonvolution pariétale ascendante.
P1, P2, PC, lobes pariétaux supérieur et inférieur, pli courbe.
LO, lobe occipital.
T1, T2, T3, première, seconde et troisième circonvolutions temporales.
LI, lobule de l'insula.
ss, scissure de Sylvius.
sr, sillon de Rolando.

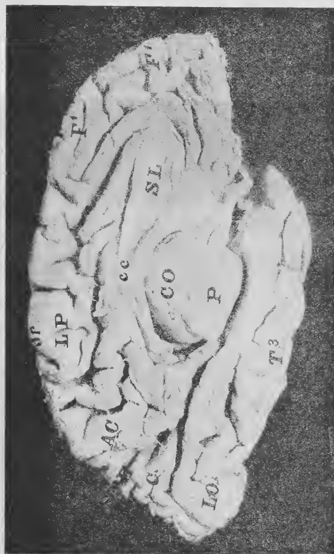


Fig. 22. — Obs. XI. — Hémisphère cérébral gauche, face interne.

F1, première frontale.
LP, lobule paracentral
AC, avant-coin
C, coin.
Lo, lobe occipital.
T3, troisième temporale.
CO, couche optique.
P, pédoncule.
SL, septum lucidum.
SPF, scissure perpendiculaire.
cc, corps calleux.
sr, sillon de Rolando.

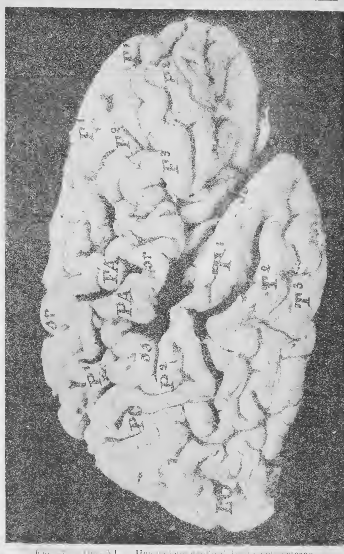


Fig. 23. — Obs. XI. — Hémisphère cérébral droit ; face externe.

F1, F2, F3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
P1, P2, PC, lobes pariétaux supérieur et inférieur (pli courbe).
T1, T2, T3, première, seconde et troisième circonvolutions temporales.
LO, lobe occipital.
ss, scissure de Sylvius.
sr, sillon de Rolando.

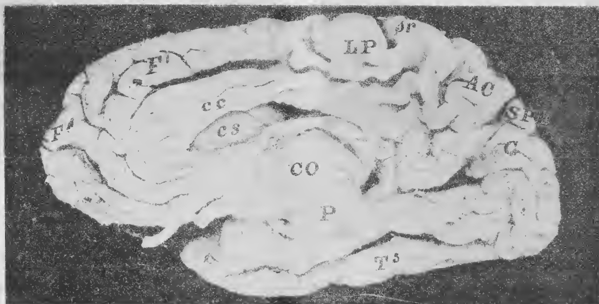


Fig. 24. — Obs. XI. — Hémisphère cérébral droit ; face interne.

F1, première frontale.
LP, lobule paracentral.
AC, avant-coin.
C, coin.
T3, troisième circonvolution temporale.
cc, corps calleux.
cs, corps strié.
co, couche optique.
P, pédoncule.
SPE, scissure perpendiculaire externe.
sr, sillon de Rolando.

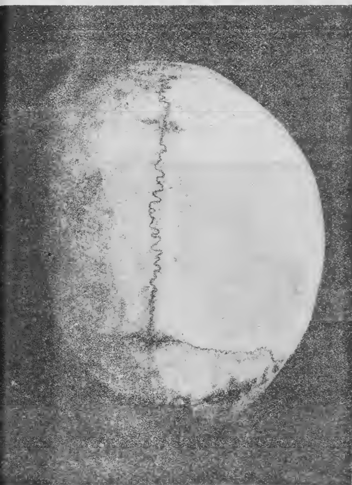
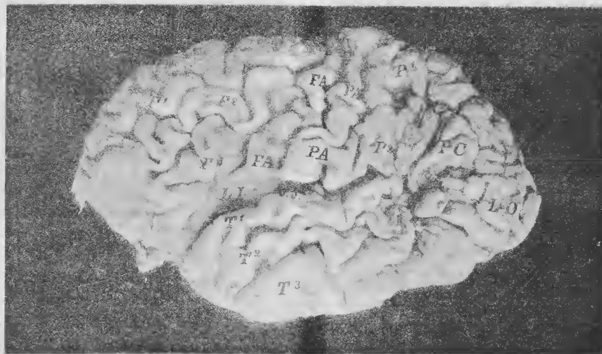


Fig. 2 bis — Obs. [illegible]



[illegible] — Obs. [illegible]



[illegible]

Deshaye... (Eugène) est né à Paris le 20 juillet 1878 (15 ans 1/2).

Crâne. — Il est régulièrement ovoïde, son épaisseur varie de 3 à 4 mm. Il est dur, congestionné. Les sutures coronale, sagittale et lambdoïde sont très sinueuses et visibles sur les deux faces. Il existe un os wormien à gauche et à droite du bregma, ayant environ un centimètre carré, sur chacun des côtés de la suture lambdoïde (*Fig.* 29).

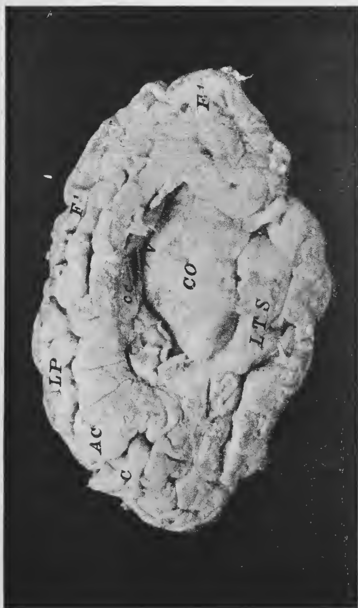


Fig. 27. — Obs. XII. — Hemisphere cerebral gauche ; [illegible]

F1, premiere circonvolution frontale.
LP, lobule paracentral.
AC, avant-coin.
C, coin.
LTS, lobe temporo-sphénoïdal
co, couche optique.
v. ventricule.
cc, corps calleux.

Obs. XIV. — Idiotie méningitique.

Sommaire. — *Rien du côté paternel. — Mère d'une intelligence peu développée. Grand'mère maternelle un peu nerveuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 5 ans. Enfant petit à la naissance. — Jamais de convulsions (?). — Fièvre à 8 mois dite typhoïde (?) suivie d'un état d'hébétude. — Attitude inclinée de la tête. — Parole, attention connaissance, affectivité nulles. — Marche à 2 ans. — Gâtisme. — Voracité. — Salacité. Clastomanie. — Grimaces de la face. — Grincement des dents. — Actes inconscients. — Tentative d'incendie. — Granulie. — Mort.*

Autopsie. — *Lésions méningitiques généralisées. — Tuberculose pulmonaire.*

Lapoussi... est né le 5 mars 1882 (11 ans).

Crâne. — Il est presque circulaire, mince, 3 à 4 mm. d'épaisseur, transparent en grande partie au niveau de la région moyenne du frontal, du bregma, sur les parties inférieures des pariétaux et la région supérieure de l'occipital. La suture métopique est fermée. Les sutures coronale, sagittale et lambdoïde sont sinueuses, persistent sur les deux faces et sont en partie transparentes. Il existe deux petits os wormiens sur la branche gauche de la suture lambdoïde (*Fig.* 30).



Fig 28. — Obs. XII. — Hemisphere [illegible]

F¹, F², F³, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA. frontale ascendante.
PA, parietale ascendante.
P¹, P², PC, lobes parietaux supérieur et inférieur; pli courbe.
Lo, lobe occipital.
T¹, T², T³, première, seconde et troisième circonvolutions temporales.
LI, lobule de l'insula.
sr, sillon de Rolando.
ss, scissure de Sylvius.

Obs. XV. — Idiotie myxœdémateuse (1).

Sommaire. — *Père, mort tuberculeux. — Grand-père paternel excès de boisson. — Grand'mère paternelle morte d'un cancer de l'utérus. — Oncle paternel, excès de boisson. — Tante paternelle, migraineuse. — Deux cousins issus de germain.*

(1) Voir l'obs. complète dans le *Compte rendu* du service pour 1889, p. 71.

idiots. — Mère, sujette à des douleurs névralgiques, très nerveuse. Grand-père maternel, excès de boisson. Grand mère maternelle, hystérique. Arrière-grand-père maternel, excès de boisson, mort d'une attaque de paralysie. — Grand-oncle maternel, excès de boisson. Grossesse mauvaise : envie insurmontable de dormir.

Asphyxie à la naissance. Premières convulsions à 14 mois. Refroidissement et cyanose de la moitié inférieure du corps. Jeûne. Pertes de connaissance à partir de 3 ans. — Caractères complets de la cachexie pachydermique ; physionomie typique ; cheveux bruns roux ; persistance de la fontanelle antérieure ; gonflements lipomateux des joues, des creux sus et sous-claviculaires, des aisselles ; peau cireuse, eczémateuse ; état pachydermique des pieds et des mains ; hernie ombilicale ; rachitisme ; ABSENCE DE LA GLANDE THYROIDE. — *Congestion pulmonaire intense, mort en syncope.*

AUTOPSIE. — *Absence complète de la glande thyroïde. — Persistance de la fontanelle antérieure. — Aspect gélatiniforme des circonvolutions cérébrales.*



Fig. 31. — Obs. XIII.

Bourg... (Fern. A.) est né à Paris le 1er juillet 1883 (5 ans).

Crâne. — Les os qui le composent sont très minces, translucides dans la plus grande partie de leur étendue. *Toutes les sutures persistent même la suture métopique.* La *fontanelle antérieure* est restée ouverte dans une longueur de 6 centimètres d'avant en arrière, et de 4 centimètres transversalement (*Fig.* 31). En arrière de cette membrane, il existe une portion osseuse transparente mesurant d'avant en arrière 3 centimètres et se détachant de chaque côté de la partie correspondante de la suture inter-pariétale sous forme d'aile. A chacune des extrémités du diamètre transversal de la fontanelle existe, sur la suture fronto-pariétale, un os wormien. — La suture métopique, très visible à l'extérieur dans toute sa hauteur, commence à se fermer à la face interne. Sur la suture inter-pariétale, en arrière, dans ses quatre derniers centimètres, il existe sept os wormiens répondant à la fontanelle postérieure. Entre ces os wormiens, qui se retrouvent sur la face interne du crâne, se voient des traînées translucides. — Sur les sutures pariéto-occipitales des deux côtés, il existe une dizaine d'os wormiens à droite et une quinzaine à gauche. — L'occipital semble séparé, au moins dans sa partie supérieure correspondante à la calotte, par une sorte de suture qui continue la suture inter-pariétale.

OBS. XVI. — IDIOTIE MYXOEDÉMATEUSE.

SOMMAIRE. — *Père, grand et fort, nez aquilin, canitie complète en une nuit (1870), caractère un peu emporté, mort probablement d'un cancer de l'intestin. — Grand-père paternel, attaque de paralysie. — Oncle paternel, mort à sa 3e attaque apoplectique (hémiplégie gauche). — Cousine paternelle au 4e degré, morte épileptique.*

Mère, grande et forte, nez aquilin, convulsions légères pendant l'enfance (2 fois), migraines de 16 à 23 ans ayant disparu par le mariage. — Grand'mère maternelle, paralytique. — Un grand-oncle, trois cousines et une petite cousine maternelle, mortes de la poitrine. — Tante maternelle, hystérique. — Frère, convulsions légères. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 7 ans.



Fig. [illegible] — Obs. XIV.

Conception au commencement d'octobre 1870. Deux violentes émotions avec perte de connaissance prolongée suivie de tremblement à la fin de décembre : disparition des mouvements de l'enfant ; développement considérable du ventre. — Accouchement à 7 mois. — A la naissance, asphyxie qui a persisté trois jours. — Tête assez volumineuse. — Ventre un peu gros ; absence de sourcils et d'ongles. — Propre à 18 mois. — Allaitement jusqu'à 16 mois ; aspect naturel. — Première dent à 3 ans ; persistance de la dentition de lait. — Petite vérole (3 ans), rougeole (4 ans). — Épaissis-

sement des joues, des lèvres et de la langue et développement du ventre vers 5 ans. — Battements du cerveau au niveau de la fontanelle antérieure. — Retard de la marche. — Début de la parole à 5 ans. — Blépharite ciliaire chronique (8 ans). — Début des pseudo-lipomes vers 9 ans. — Eczéma à partir de 10 ans. — Alopécie partielle à 16 ans. — Coryza chronique. — Bave. — Voix rauque et stridente. — Appétit médiocre; déglutition gênée, constipation; chûte du rectum. — Sentiment de la pudeur. — Pas d'onanisme. — Déviation du tronc et des membres à partir de 3 ans. — Caractères classiques de l'idiotie myxœdémateuse. — Taille exiguë. Persistance de la fontanelle antérieure; absence de la glande thyroïde, pseudo-lipomes, arrêt complet de la puberté, cyanose habituelle des lèvres, sensibilité au froid, répugnance au mouvement, voix stridente, etc., etc...

1891. *Revaccination avec succès.*

1893. *Coqueluche. — Prolapsus du rectum. — Bronchite; tympanisme; mort.*



Fig. 31. — Obs. XV

AUTOPSIE. — *Transparence, minceur et coloration d'un jaune cireux des os du crâne. — Persistance de la fontanelle antérieure. — Absence de synostose. — Glande pituitaire un peu hypertrophiée. — Simplicité des circonvolutions cérébrales. — Pseudo-lipomes. — Absence complète de la glande thyroïde, du thymus, des glandes mammaires. — Etat des divers organes, etc.*

Beyn... (Marie) est née à Orléans, le 8 avril 1871 (22 ans).

Crâne. — La *calotte* est mince (un millimètre ½ à trois millimètres), facile à scier; un fragment s'est cassé pendant l'opération. Les os ont une coloration d'un jaune cireux très prononcé. Entre la calotte et la dure-mère, il y a une sorte de vide assez considérable.

Ainsi qu'on l'avait constaté pendant la vie, la *fontanelle antérieure* persiste. Elle a la forme d'un losange irrégulier, mesure 0,027 millimètres d'avant en arrière et 0,040 millimètres transversalement. La membrane qui la compose est notablement moins épaisse et moins résistante que celle que nous avons vue chez le Pacha. Le crâne est presque partout translucide; il l'est particulièrement sur la partie du frontal droit voisine de la partie correspondante de la fontanelle, et en arrière au niveau des angles antérieurs et supérieurs des pariétaux, à la suite des bords postérieurs de la fontanelle. Cette partie transparente, qui continue en arrière la fontanelle, a 4 centimètres et demi de longueur. Les sillons des artères méningées sont très creux, très amincis. La *suture métopique* est soudée, les *sutures fronto-pariétales* sont sinueuses, imbibées de sang, transparentes. La *suture inter-pariétale* est très dentelée, sans traces de synostose. Il en est de même de la *suture lambdoïde* qui présente au niveau du lambda trois *os wormiens*. Il n'y a pas trace de division de l'occipital. Sur la face interne, les sutures ne sont pas synostosées; la suture inter-pariétale est encore sinueuse sur la plus grande partie de son étendue. Les sutures fronto-pariétales sont représentées seulement par une ligne légèrement sinueuse mais non dentelée. — Les différentes *cavités de la base du crâne* sont symétriques. — Le *trou occipital* n'est pas rétréci. (*Fig.* 32.)



Fig. 32. — Obs. XVI

Les deux crânes suivants ont un grand intérêt au point de vue du mode d'action qu'exerce le *cerveau* sur le *crâne* et en particulier sur la *distension des sutures* et consécutivement sur l'écartement des os.

Obs. XVII. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE (1).

SOMMAIRE. — *Père quelques excès de boisson, caractère emporté. — Grand-père paternel, caractère emporté, mort*

(1) L'obs. complète figure dans le *Compte rendu* de 1892, p. 173.

de la rupture d'un anévrysme de l'aorte. Grand'mère paternelle, cataracte double, excès de boisson (?). Arrière-grand-père paternel, mort de la pierre. Arrière-grand'mère paternelle, morte de la rupture d'un anévrysme aortique. — Grand-oncle paternel, convulsions dans l'enfance avec déformation des pieds, taille exiguë. — Deux grand'tantes paternelles, mortes de convulsions. — Oncle paternel, mort de méningite. — Autre oncle paternel, suicidé. — Tante paternelle, morte d'attaques d'éclampsie. — Mère, soignée comme hystérique à la Salpêtrière, poëtesse. — Grand-père maternel, mort phthisique. — Grand'mère maternelle, très colère ; a eu des attaques de nerfs. — Pas de consanguinité — Inégalité d'âge de 6 ans.

Syncopes et attitude particulière de la mère pendant la grossesse. — Accouchement à 7 mois. — Enfant très-petite à la naissance. — Convulsions probables à 3 jours se répétant cinq ou six fois dans le premier mois. — Première dent à 2 ans. — Parole limitée à quelques mots. — Marche nulle. — Onanisme, gâtisme. — Pneumonie et pleurésie (?) à un an. — Coqueluche à 2 ans. — Connaissance presque nulle. — 1892. Entérite, ictère, syncopes ; mort.

AUTOPSIE. — *Sutures gorgées de sang, distendues. — Crâne asymétrique (Plagiocéphalie) ; — absence de synostose ; — persistance de la fontanelle antérieure. — Adhérences de la dure-mère au crâne. — Méningo-encéphalite disséminée sur les deux hémisphères du cerveau. — Tubercules du poumon gauche.*



Fig. — Obs. XVII.

Gauch... (Adrienne) est née à Paris le 12 mars 18... (4 ans et 9 mois).

Crâne. — On est obligé, pour détacher la calotte, de faire une section circulaire de la dure-mère, qui adhère fortement aux os au niveau des sutures inter-frontales, fronto-pariétales, interpariétale, et dans le voisinage de cette dernière. *Les sutures sont gorgées de sang, et la partie osseuse voisine est considérablement vascularisée.* Le lendemain de l'autopsie, alors que la calotte avait macéré et était complètement nettoyée, les sutures restaient très nettement accentuées par des dentelures rouges ; les parties osseuses voisines étaient également très rouges.

La calotte a la forme d'un trigone irrégulier et est très asymétrique : le pariétal droit se développe d'une façon prononcée en dehors et en arrière ; il en est de même de l'occipital du même côté. Les deux pariétaux se présentent sous la forme de saillies hémisphériques : la bosse frontale gauche est plus saillante que la droite. L'épaisseur des os est très inégale ; il existe des points translucides : 1° autour de ce qui reste de la fontanelle antérieure : 2° en bas et en arrière dans une étendue de 6 à 7 centimètres carrés de chaque côté ; 3° sur l'occipital, à droite et à gauche, dans les points correspondants à ceux qui sont indiqués pour les pariétaux. Les *sutures* n'offrent pas de traces d'ossification à leur surface externe. La *suture coronale*, peu dentelée, ne l'est point du tout au niveau des points dernièrement ossifiés de la fontanelle antérieure. Les deux sutures, *sagittale* et *lambdoïde*, ne sont pas non plus ossifiées. Au niveau de la dernière existent de petits îlots osseux (*os wormiens*).

Des *fontanelles*, il ne reste que l'antérieure, représentée par une membrane translucide presque de niveau avec les os qui l'encadrent et ayant un centimètre de long sur trois millimètres de large. Elle est dirigée obliquement de droite à gauche et d'arrière en avant (*Fig.* 33).

D'après les auteurs, la *trigonocéphalie* serait produite par la synostose prématurée de la suture métopique ou médio-frontale. Nous ferons remarquer que, bien que l'enfant Gauch... trigonocéphale, ait près de 4 ans, la *suture métopique* persiste dans une étendue d'un centimètre.

OBS. XVIII. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE D'UNE TUMEUR SARCOMATEUSE DU CERVELET (*Hydrocéphalie*) (1).

SOMMAIRE. — *Tumeur cérébrale, hydrocéphalie symptomatique. — Grand-père paternel, alcoolique. — Mère, convulsions à 2 ans. — Premiers symptômes à 10 ans. — Céphalalgie, vomissements, gâtisme. — Paraplégie spasmodique. Atrophie double du nerf optique. — Mort par fracture du crâne.*

AUTOPSIE. — *Sarcome à petites cellules siégeant dans la cavité du 4e ventricule et sur la partie latérale du bulbe et du cervelet. — Hydrocéphalie : dilatation des ventricules cérébraux.*

Ber.... (Charles) est né aux Sables d'Olonnes, le 26 mars 1878 (12 ans).

Crâne. — La *calotte crânienne* présente une épaisseur très faible. Elle est transparente dans presque toute son étendue les deux côtés sont symétriques. Au niveau de la *fontanelle antérieure*, il existe encore une surface de quelques millimètres carrés non ossifiée. Les sutures sagittale, lambdoïde et fronto-pariétales ne sont pas soudées, et les différents os qu'elles séparent présentent une mobilité relative. Le frontal est soudé.

Lors du premier examen de la tête, on avait noté que les fontanelles et les sutures semblaient fermées ; c'est donc durant le séjour du malade à Bicêtre que s'est opéré cet écartement des os, qui vient fournir, croyons-nous, un argument sérieux contre la *crâniectomie* (*Fig.* 34). C'est parce que les os du crâne ont pu s'écarter aussi largement que les phénomènes de compression n'ont pas été plus graves, ont offert une grande lenteur et même des rémissions dans leur marche. La vie aurait donc pu se prolonger encore s'il n'était survenu un traumatisme qui a eu promptement une issue fatale. Tous les os étaient translucides, notablement amincis, car ils n'avaient qu'un à deux ou 3 millimètres d'épaisseur.

(1) Son observation a été publiée dans notre *Compte rendu* du service pour 1890, p. 41.

Obs. XIX. — Idiotie symptomatique de tumeurs du cervelet compliquées d'hydrocéphalie ; distension des sutures(1).

Sommaire. — *Père, migraineux dans l'enfance, très colère, nombreux excès de boisson avant le mariage. (A deux, 60 bouteilles de bière en un jour). Malformation des doigts (trois doigts seulement à la main droite). — Grand'mère paternelle très nerveuse, sujette à des migraines, mort subite. — Arrière-grand'tante paternelle en enfance. — Mère, nerveuse ; cauchemars. — Grand'mère maternelle, hypochondriaque, aliénée. — Arrière-grand'oncle maternel, suicidé par pendaison. — Grand-père maternel, alcoolique, violent. — Grand-oncle maternel, mort d'une attaque d'apoplexie. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans.*



Fig. 34. — Obs. XVIII. — Écartement des sutures.

Allaitement partiel au lait de chèvre. — Intelligence ordinaire jusqu'à 6 ans. Violents maux de tête avec vomissements bilieux. — Deux mois plus tard, parésie des jambes, affaiblissement de la vue; puis paralysie et cécité complètes; — crises convulsives probables (?). — Nystagmus; strabisme divergent ; atrophie blanche des deux papilles. — Paraplégie spasmodique. — Trépidation spinale. — Accès migraineux avec vomissements et élévation de la température. — Accès de colère. — Gâtisme. — Congestions de la face. Augmentation de volume de la tête. — Amélioration passagère à la Fondation Vallée : diminution de la paralysie. — Gangrène des extrémités inférieures. Septicémie. Mort.

Autopsie. — *Écartement des os du crâne; — état membraneux des sutures. — Hydrocéphalie ventriculaire double. — Dilatation du troisième ventricule. — Kystes et infiltration sanguine du cervelet (tubercules transformés).*

Bais... (Marie) est née à Vitteau (Côte-d'Or), le 2 novembre 1882 (10 ans).

Crâne. — La calotte est à peu près symétrique, plus développée cependant à droite qu'à gauche. Les fontanelles sont fermées, mais les *sutures coronale, sagittale* et *lambdoïde* sont écartées, et l'intervalle compris entre les dentelures des sutures correspondantes est comblé par une membrane mince et transparente. Les dentelures des os se sont très allongées; leur écartement de celles de l'os voisin atteint jusqu'à 3 ou 4 centimètres. Les parties osseuses voisines du tiers moyen de la suture coronale sont transparentes. Les deux pariétaux offrent aussi en bas des impressions digitales qui les rendent translucides (*Fig.* 35).

La base est sensiblement symétrique. Le plancher des orbites offre des impressions digitales très profondes. La fosse pituitaire est un peu élargie, aplatie. Les fosses sphénoïdales paraissent symétriques. La fosse occipitale gauche est un peu plus développée que la droite, en sorte qu'il existe un léger degré de *plagiocéphalie*.



Fig. 35. — Obs. XIX. — Écartement des sutures.

Dans le cas de Gauch... (Obs. XVII), la distension des sutures s'est opérée sous l'influence d'une lésion aiguë, une poussée méningitique qui a déterminé une congestion intense des os et surtout de la membrane intersuturale. Dans les cas de Berl... et de Bais..., l'écartement des sutures s'est effectué lentement, d'une façon chronique, par la poussée du liquide céphalo-rachidien, au fur et à mesure qu'augmentait l'*hydrocéphalie*. Quelque opinion qu'on se forme sur ces deux procédés pathologiques de la distension des sutures, ils nous paraissent donner une idée du procédé physiologique et mériter d'être signalés spécialement.

Voici maintenant trois crânes appartenant à des enfants idiots (1 fille et 2 garçons) qui ont été soumis à la *crâniectomie*.

Obs. XX. — Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite ; craniectomie.

Sommaire. — *Père, migraineux, rhumatisant, graveleux. — Grand-père paternel, nombreux excès de tout genre; plusieurs attaques apoplectiques; hémiplégique. — Demi-*

(1) Voir l'obs. complète dans le *Compte-rendu* du service pour 1892, p. 233.

oncle paternel, mort phtisique. — Mère nerveuse. — Grand'mère maternelle, asthmatique. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.

Enfant petite à la naissance. — Déglutition pénible; bave; retard des premières manifestations intellectuelles, préhension difficile; gâtisme. — Mémoire des personnes, sentiments affectifs conservés. — Grimpeuse. — Accès de colère. — Crâniectomie en mars 1891 : pas de modification de l'état intellectuel. — Pelade à l'entrée. — Tuberculisation pulmonaire et péritonéale. Mort.

AUTOPSIE. — *Absence de synostose des sutures du crâne. — Description de la brèche osseuse; — lésions de méningo-encéphalite, etc.* (1).

Blai... (Maria) est née à la Ferté-Saint-Samson, le 8 juin 1874 (17 ans).

Crâne. — Il est légèrement asymétrique; le côté gauche est plus développé au niveau de la région occipitale que le côté droit; la protubérance occipitale semble reportée à droite de la ligne médiane. L'épaisseur des parois crâniennes varie de 2 à 4 millimètres; aucune trace des fontanelles. *Au niveau du pariétal gauche* se trouve une *perte de substance* à direction antéro-postérieure, parallèle à la suture inter-pariétale et à 22 millimètres de celle-ci; sa longueur est de 65 millimètres, sa largeur moyenne de 12 millimètres; ses bords émoussés offrent un aspect polycyclique montrant qu'elle résulte de l'application d'une série de couronnes de trépan (*Fig.* 36); elle empiète un peu en avant, sur la suture fronto-pariétale. — La *dure-mère* n'adhère pas avec le crâne, même au niveau de la perte de substance. La *suture métopique* est soudée. — La *suture coronale* est très finement dentelée. Il en est de même de la *suture sagittale* jusqu'au voisinage des trous pariétaux, où, sur une étendue d'un peu plus de 0,02 cent., elle est presque rectiligne. La suture lambdoïde est très arborescente. — Les sutures sont également apparentes sur la face interne. — Pas d'os wormiens. — Nombreuses plaques transparentes principalement sur les pariétaux. La *base du crâne* n'offre aucune altération. Sur la dure-mère, au niveau de la perte de substance, se trouve une sorte de fausse membrane rosée, faisant une saillie d'un millimètre, de consistance ferme, ayant comme dimension celui de la perte de substance déjà décrite.



Fig. 36. — Obs. XX.

(1) Voir l'obs. complète dans notre *Compte rendu* de 1892, p. 29.

OBS. XXI. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE; CRANIECTOMIE SANS RÉSULTAT APPRÉCIABLE : MODE CURIEUX DE RÉOSSIFICATION DE LA BRÈCHE OSSEUSE.

SOMMAIRE. — *Père, excès de boisson. — Grand-père paternel, alcoolique et nerveux. — Oncle paternel, mort de méningite traumatique (?). — Tante paternelle, morte pthisique. — Mère, vive et colèreuse. — Cousin idiot, ne parlant pas. — Un frère, mort de convulsions. — Un autre frère, mort du carreau à 3 ans. — Une sœur, morte de bronchite. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de trois ans.*

Conception, grossesse, accouchement : rien de particulier. — Première dent à 10 mois. Dentition complète à 2 ans. — Convulsions dites internes à 3 semaines, se reproduisant quotidiennement jusqu'à la fin du troisième mois; occlusion des paupières; immobilité. Strabisme constaté à 13 mois. — Crâniectomie à l'hôpital Trousseau en juin 1890. Coqueluche à 2 ans et demi. — Rougeole à 3 ans et demi. Teigne tonsurante. — Broncho-pneumonie, mort.

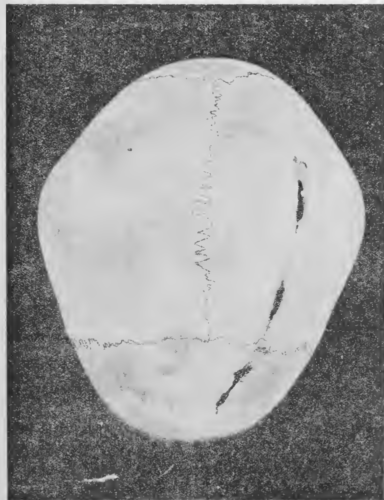
AUTOPSIE. — *Description des os du crâne. — Mode de réparation de la brèche osseuse produite par la crâniectomie. Minceur et transparence des os. — Absence de synostose. Adhérences de la dure-mère au niveau des cicatrices osseuses. — Méningo-encéphalite prédominant notablement sur l'hémisphère gauche. — Persistance du trou de Botal. — Lésions pulmonaires.*

Sti.. (Emile F.), 6 ans, est né à Paris, le 12 juin 1886 (1).

Crâne. — La calotte paraît légèrement asymétrique, mais cette asymétrie est plus apparente que réelle; cette apparence est le fait de l'incision osseuse faite à gauche. Une mensuration exacte démontre que les deux côtés du crâne sont presque parfaitement égaux. La forme générale de la calotte est régulièrement ovoïde, à grosse extrémité occipitale. Les bosses pariétales sont très saillantes. Nous insisterons plus particulièrement sur la *grande minceur des os*, qui offrent une épaisseur variant de 1 à 2 millimètres 1/2. L'occipital est particulièrement mince et présente latéralement des régions transparentes. Des *plaques translucides* existent encore sur les pariétaux et sont surtout nombreuses à la région postérieure et inférieure. Les traces des vaisseaux méningés sont nombreuses et nettement accusées sur les pariétaux. Le *frontal*, un peu plus épais que les pariétaux, présente à sa région moyenne une bande transparente. Les *sutures* finement dentelées n'offrent nulle part *aucune trace de synostose*. La *suture fronto-pariétale*, très dentelée dans ses 2/3 inférieurs à droite et à gauche, devient presque rectiligne, surtout à droite, à 3 centimètres environ du bregma. Un petit os wormien existe de chaque côté dans cette partie rectiligne. A la face interne, cette scissure est sinueuse, mais n'offre pas de dentelures accentuées. Il n'y a pas de trace de la *suture métopique*. La *suture sagittale*, finement dentelée dans ses deux centimètres antérieurs, offre sur un centimètre 1/2 quatre dentelures aiguës et profondes de 5 millimètres environ, puis, changeant de caractère, elle se continue en dentelures arrondies et irrégulières jusqu'au niveau du lambda. La *suture lambdoïde* est très contournée, ses dentelures sont fines et irrégulières. A droite, à 4 centimètres 1/2 du lambda, les dentelures s'exagèrent et forment 2 *petits os wormiens* très irréguliers ayant un centimètre environ dans leur grande dimension, qui est perpendiculaire à la suture. A la face interne ces sutures sont moins contournées, les os wormiens, signalés plus haut, apparaissent nettement, mais moins longs, plus larges, et à bords moins

(1) Voir son observation complète dans notre *Compte rendu* de 1892, p. 116.

déchiquetés. La *brèche osseuse* dûe à la *crâniectomie* (*Fig.* 37), située à gauche, est antéro-postérieure et s'étend sur le frontal et le pariétal. Elle forme avec la suture sagittale un angle aigu, à sinus postérieur de 25° environ. Cette brèche est en voie de réparation et les parties non ossifiées y sont recouvertes d'une membrane dépendant du périoste, s'étendant d'un bord à l'autre et transformée sur les bords en minces lamelles osseuses. Une partie ayant 32 millimètres de longueur reste non ossifiée à la région frontale. Une autre partie, longue de 20 millimètres, complètement réparée, lui succède. Cette région croise la suture fronto-pariétale. *Son mode de réparation est des plus intéressants.* En effet, la soudure osseuse s'est effectuée sous la forme de *suture à fines dentelures, analogues à celles de la suture qu'elle croise.* Une région de 16 millimètres, non répa-



[illegible]

OBS. XXII. — [illegible]

SOMMAIRE. — [illegible] *tomac. — Grand'mère, a eu trois attaques de congestion cérébrale sans paralysie; céphalalgies fréquentes; caractère très violent. — Grand-oncle paternel, alcoolique. — Tante paternelle, morte de la poitrine. — Autre tante paternelle, morte de méningite et de phtisie. — Autre tante paternelle, sujette à des céphalalgies. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de huit mois. — Sœur morte de convulsions à 4 mois.*

Asphyxie complète à la naissance. — Entérite à 7 mois. Première dent à 3 ans. Dentition complète à 10 ans. — Parole nulle. — Début de la marche à 8 ans. — Accès de cris datant probablement de la naissance. — Convulsions à huit mois suivies de paralysie incomplète du coté droit. Antérieurement, demi-contracture des quatre membres avec mouvements athétosiques des quatre membres.

AUTOPSIE. — *État des trois brèches osseuses de la crâniectomie: lésions de la dure-mère, de la pie-mère et du cerveau; — absence de synostose. — Aspect chagriné des circonvolutions. — Tuberculose pulmonaire.*

Ter... (Emile) est né le 17 juillet 1878 (14 ans).

Tête. — *Cuir chevelu* assez épais. Lorsque, après avoir fait une incision transversale allant d'une oreille à l'autre, on rabat la moitié antérieure du cuir chevelu, on aperçoit un *morceau de drain parfaitement conservé* de 34 millimètres de longueur sur 3 ou 4 millimètres de diamètre qui se dégage de la *brèche osseuse* gauche sur laquelle il était appliqué et où il a imprimé une gouttière. Le drain a suivi le cuir chevelu dans lequel il était enclavé en quelque sorte par son extrémité interne, sur une longueur de 3 à 4 millimètres, et libre dans le reste de son étendue. Sur la face interne du cuir chevelu le *drain* a laissé une empreinte superficielle mais très nette. En somme, il pénétrait plus dans l'os que dans la peau. En raison des adhérences de la dure-mère au crâne, on est obligé de la sectionner sur place. On enlève donc tout l'encéphale en même temps que la calotte.

La *dure-mère* est adhérente au niveau des *brèches osseuses* et entre elles, de telle sorte que l'espace quadrilatère compris entre les deux brèches est adhérent par les quatre bords et que la partie du crane qui correspond à ce quadrilatère est blanchâtre, exsangue, tranchant ainsi par sa coloration avec les autres parties du crâne, qui avaient une coloration rougeâtre assez foncée : il y avait anémie de cette partie.

Les os de la *calotte crânienne* sont assez épais et consistants. Il n'y a pas de plaques transparentes. En revanche, en examinant successivement la *sagittale*, la *coronale* et la *lambdoïde*, aussi bien sur leur face interne que sur leur face externe, on ne trouve pas traces de synostose. La coronale, assez compliquée au point de vue des dentelures, est libre dans toute son étendue. Sur les parties laterales de chaque coté, on peut insinuer un crin de brosse dans les interstices laissés libres par les arborescences. Pareille chose peut se faire sur presque tout le trajet de la lambdoïde. La sagittale est un peu plus serrée, mais il n'existe de soudure osseuse en aucun point de son trajet. — Les trous parietaux sont très nets des deux cotés. Du coté droit, le parietal présente une *brèche osseuse* longue de 9 centimetres, large de 2 centimetres 1/2. (*Fig.* 38). Cette breche part de la suture coronale en avant, chemine d'avant en arriere parallelement à la suture sagittale, et s'arrete à 3 centimetres de la lambdoïde. Elle est éloignée de 3 centimètres du vertex. Les dimensions primitives de cette brèche sont celles que nous rapportons. Le travail de réparation osseuse a créé des bords minces, déprimés, festonnés par des arborescences qui tendent à se rapprocher et à combler le vide. Ce vide n'est plus, par le fait, que de 7 centimetres sur un centimetre.

Sur le *parietal gauche* existent deux *brèches osseuses* paralleles à la suture coronale, perpendiculaires, par conséquent, à la sagittale. La plus anterieure, longue de 2 centimétres, est large de 2 centimetres 1/2. Parallele à la coronale, elle en est éloignée d'un centimetre. Son extremité supérieure aboutit à 2 centimetres de la sagittale. La breche postérieure a les memes dimensions que la précédente. Parallele a la branche gauche de la lambdoïde elle en est ecartée d'un centimètre. Elle est distante de 2 centimetres de la sagittale. Cette derniere

brèche est en partie comblée par le travail de réparation osseuse. La plus antérieure l'est beaucoup moins. (*Fig.* 38).

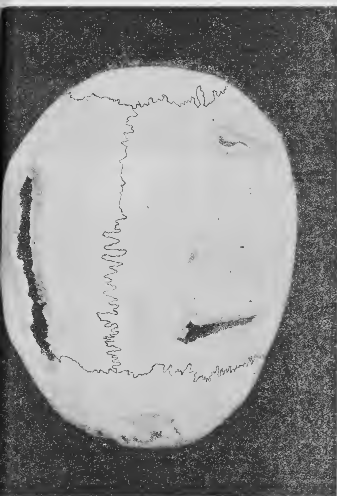


Fig. 38. — Obs. XXII.

Notre musée de Bicêtre possède 350 crânes provenant d'épileptiques et surtout d'enfants idiots. Ceux que vous venez de voir n'ont pas été choisis. Ils appartiennent aux enfants décédés cette année ou l'an dernier, sauf ceux de Bourg... Clut... et Ber... Ils nous paraissent démontrer d'une façon péremptoire que chez les enfants idiots et arriérés, *il n'y a pas, en général, de synostose prématurée des sutures*. Nous n'en exceptons pas les crânes des trois enfants crâniectomisés. Leurs sutures étaient susceptibles d'extension. Les crânes de Gauche... et de Bais... nous fournissent des indications sur le procédé par lequel s'opère cette distension. Si les crânes de Blais... 17 ans et de Ter... 15 ans avaient une certaine épaisseur, par contre, celui de Sti... était mince et translucide dans la plus grande partie de sa superficie. Comme il est impossible de reconnaître sur le vivant l'état exact des sutures et de l'épaisseur du crâne, il s'en suit que la crâniectomie est faite au hasard et sur des crânes qui sont en mesure de donner au cerveau toute l'extension désirable. L'examen de ces mêmes crânes fait voir que ces brèches osseuses ne peuvent pas procurer au cerveau une grande liberté d'expansion. Ces faits justifient cette assertion des anthropologistes que « le cerveau fait le crâne, le moule sur sa propre forme (1). » Les *photographies* vous ont fourni une idée des lésions profondes qui existaient sur le *cerveau*, dans les cas dont il vient d'être question, et vous penserez sans doute comme nous qu'il est difficile d'accorder une valeur curative importante à la crâniectomie dans la plupart des formes de l'idiotie.

IV. — Le service dont nous avons la direction à Bicêtre comprend : 1° des enfants épileptiques ou hystériques ; — 2° des enfants idiots à tous les degrés, depuis la simple arriération intellectuelle, jusqu'à l'idiotie la plus complète, souvent compliquée de paralysie (hémiplégie, paraplégie, athétose, mouvements choréiformes, tremblements, etc.) ; — 3° des enfants atteints d'imbécillité morale, instables, pervers, impulsifs, etc. La plupart des enfants de cette dernière catégorie possèdent un certain développement et même un développement moyen des facultés intellectuelles : ce sont les facultés morales qui sont lésées chez eux.

Voulant établir une comparaison entre le traitement chirurgical et le traitement médical « des microcéphales, des enfants arriérés, et des jeunes sujets présentant, avec ou sans crises épileptiformes, des troubles moteurs ou psychiques », suivant les expressions mêmes de M. Lannelongue, nous ne prendrons nos exemples ni parmi les épileptiques offrant, en outre, de la débilité mentale, ni parmi les enfants affectés d'imbécillité morale. Nous les choisirons dans la seconde catégorie composée des idiots, des imbéciles et des arriérés, et pour rendre la démonstration que nous poursuivons plus frappante, nous écarterons les enfants arriérés et nous attirerons votre attention sur les idiots ou sur les imbéciles se rapprochant non pas des arriérés mais des idiots.

Le traitement mis en œuvre est à la fois médical, hygiénique et pédagogique. A ce dernier point de vue, il repose principalement sur la méthode d'Éd. Séguin, appliquée couramment en Angleterre, aux États-Unis, etc., méthode que nous avons modifiée et perfectionnée en y introduisant des procédés que nous avons empruntés un peu partout. Exposer aujourd'hui en détail le traitement médico-pédagogique nous entraînerait trop loin ; nous nous bornerons à quelques indications sommaires concernant surtout le traitement des idiots les plus complets.

On leur apprend d'abord à se tenir debout, puis à marcher, on exerce leurs jointures, on frictionne leurs membres. — On les rend propres ; on leur enseigne à se laver la figure et les mains, à boutonner, lacer, nouer, agrafer, à s'habiller (1), etc. — On s'étudie à fixer leur regard et à les rendre attentifs. — On procède à l'éducation des sens, en commençant par l'éducation de la main ; puis viennent les leçons de choses à l'école ou dans les jardins de la section organisés dans ce but (2). — Des jeux, des images graduées sont employés pour l'éducation de la vue et du toucher. — On s'ingénie à faire reconnaître aux enfants les odeurs, à distinguer les sons, etc. Les plus avancés apprennent le chant, la musique vocale ou instrumentale. De nombreux procédés sont mis en œuvre sous le rapport de la lecture, du calcul, etc. Pour l'éducation de la parole et pour corriger les vices de prononciation, nous avons recours à quelques-uns des moyens appliqués dans les établissements de sourds-muets. Nous matérialisons, en quelque sorte, le plus possible l'enseignement. L'éducation physique tient une place importante : gymnastique Pichery,

(1) Hovelacque et Bordier. — *Précis d'anthropologie*, page 39.

(1) [illegible] sur l'enfant lui [illegible].

(2) Le jardin [illegible] des surfaces, des figures géométriques, jardin des fleurs, jardin potager, verger, champ des céréales, champ des plantes fourragères, vignoble.

gymnastique des mouvements, des appareils, escrime, danse.

Les bains et l'hydrothérapie, administrés dans une large mesure, concourent de leur côté au développement physique et au traitement des enfants.

Enfin, l'enseignement professionnel vient compléter le traitement médico-pédagogique. Il se donne dans sept ateliers : menuiserie, serrurerie, imprimerie, pour les enfants les plus avancés; brosserie, vannerie, cordonnerie, couture, rempaillage de chaises et jardinage pour les autres enfants, etc.

C'est à l'ensemble de tous ces moyens que nous donnons le nom de TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE.

Ceci dit, nous allons vous donner le résumé de quelques observations concernant, nous le répétons, les enfants atteints d'idiotie ou d'imbécilité à un degré prononcé. Nous ferons passer sous vos yeux les *photographies collectives* des malades, et les *cahiers scolaires* de quelques-uns d'entre eux (1).

OBS. I. — IMBÉCILLITÉ CONGÉNITALE PRONONCÉE ; IMPULSIONS GÉNITALES.

SOMMAIRE. — *Père coléreux, renseignements insuffisants sur sa famille. — Mère, fortes convulsions à 18 mois ; chorée de 7 ans à 14 ans 1/2; nerveuse, idées noires. — Grand-père maternel rhumatisant. — Grand'mère maternelle très nerveuse. — Grand-oncle maternel, mort d'une maladie de la moelle épinière. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 19 ans.*

Enfant naturel. Viol suivi de conception. — Chagrins durant la grossesse. Accouchement à 8 mois 1/2. — Asphyxie à la naissance. — Placé à la campagne jusqu'à 5 ans 1/2. — Onanisme ; phimosis. — Impulsions génitales. — Fugues. — Kleptomanie. — Impulsions à boire. — Accès de colère. — Céphalalgie. — Sommeil agité ; Cauchemars

Brous... (Pierre) est né à Paris le 13 mars 1879 (14 ans).

A l'entrée (août 1886). Il connaît ses lettres ; trace des lettres et des chiffres, mais d'une façon très irrégulière; compte jusqu'à 100 ; connaît les objets usuels.

En 1893 : lecture courante, fait de petites dictées et même quelques rédactions; écriture lisible mais peu soignée; petits problèmes sur les 3 opérations; quelques notions d'histoire et de géographie. A l'atelier des tailleurs il fait bien les coutures et les rabattements. Il a appris à très bien exécuter tous les exercices de gymnastique.

La *photographie collective* le montre en 1886, 1889 et 1893.

OBS. II. — IDIOTIE PROBABLEMENT SYMPTOMATIQUE DE SCLÉROSE CÉRÉBRALE.

SOMMAIRE. — *Père, nombreux excès de boisson, violent, emprisonné plusieurs fois pour rixes ou vols dans les champs. — Grand-père paternel, fréquents excès de boisson, violent. — Grand'mère paternelle morte des chagrins occasionnés par les violences et l'ivrognerie de son mari. — Mère, morte d'une affection cardiaque. — Renseignements insuffisants au point de vue de l'hérédité. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 2 ans. — Sœur migraineuse. — Frère, incarcéré plusieurs fois pour maraudes et vagabondage. — Un autre traîne dans les rues et vagabonde ; aurait eu des convulsions.*

Petit à la naissance. — Aurait marché à 9 mois et commencé à parler à un an. — Vers 11 mois, peur occasionnée par son père, qui a renversé une glace sur sa mère et sur lui ; le lendemain, convulsions qui auraient duré 3 jours et 3 nuits ; mort apparente, refroidissement, déclaration de mort à la mairie ; au moment de l'enseretissement, on s'est aperçu qu'il respirait encore. — Cessation de la marche après ces accidents. — Retour de la marche à 3 ans 1/2. — Sentiments affectifs. — Accès de colère. — Lecture et calcul nuls. — Parole limitée à quelques mots, prononciation très défectueuse ; surdité. — Ne se sert que de la cuillère, gourmand, désobéissant, méchant envers ses camarades.

Charpent... (Victor-Louis) est né à Colombes (Seine), le 18 mai 1871 (22 ans). Entré en 1879.

1882. — Amélioration de la parole. — Connaît ses lettres, sait compter jusqu'à 10, aide à nettoyer et à habiller les autres enfants.

1883. — Mange proprement, se sert de la cuillère, de la fourchette et du couteau. Reconnait les chiffres, compte jusqu'à 25. Connaît les diverses parties du corps, les animaux et les couleurs, fait des lettres, des chiffres, écrit des mots, etc. — Envoyé à l'atelier de menuiserie le 2 avril.

1884. — Exécute très bien les exercices de la petite gymnastique. Distingue et nomme les figures géométriques. Compte jusqu'à 100. Commence à syllaber. Accès de colère et de violence. Ses instincts de vol et de mendicité ont disparu.

1889. — Amélioration très notable de la parole. — Sait bien se faire comprendre. — Fait la multiplcation. — Connaissances usuelles très étendues. — Tenue bonne. — Exécute tous les mouvements de la grande gymnastique. — Envoyé à l'essai dans un atelier de menuiserie de l'avenue de Bicêtre.

1890. — Parti en congé d'essai le 18 mars. — Placé comme ouvrier menuisier (4 fr. par jour). — Sorti le 28 juillet.

1893. — Travaille comme menuisier et gagne sa vie. Conduite bonne.

Sa *photographie collective* met en relief les résultats du traitement depuis 1879 jusqu'à cette année 1893.

OBS. III. — IDIOTIE LÉGÈRE, PROBABLEMENT MÉNINGITIQUE ; PARAPLÉGIE AVEC PIEDS BOTS.

SOMMAIRE. — *Enfant naturel. — Père, excès de boisson ; pas d'autres renseignements sur lui et sa famille. — Mère, nerveuse. — Grand'oncle maternel, bègue et aliéné. — Un autre oncle est bossu et arriéré. — Frères, convulsions. Bien portant jusqu'à 3 ans ; fièvre typhoïde et méningite à 3 ans. Affaiblissement du coté gauche et idiotie consécutive.*

Curi... (Ulysse) est né à Mussy-sur-Seine, le 21 octobre 1879 (13 ans 1/2).

A l'entrée (octobre 1884) : il ne connait pas les lettres, ne sait pas écrire, compte jusqu'à 10, commence à se laver, ne sait pas s'habiller, caractère irritable, violent, crache à la figure de ses camarades, est turbulent, grossier, voleur.

En 1893 : Lit couramment, écrit lisiblement, commence à faire de petites dictées, connait l'addition, la soustraction et la multiplication, sait le nom des principales villes de France et celui des grands fleuves; se lave et s'habille seul assez bien, il est devenu docile et serviable. Envoyé à l'atelier de cordonnerie en 1889, il est arrivé à faire convenablement les piqûres.

La *photographie collective* le montre en 1884, 1888, 1889, 1891 et 1893.

OBS. IV. — IMBÉCILLITÉ PRONONCÉE, D'ORIGINE CONGÉNITALE.

SOMMAIRE. — *Père, syphilis en 1873 ; marié en 1876 : quelques excès de boisson. — Oncle paternel, mort phthisique. — Tante paternelle, imbécile. — Mère, très coléreuse. — Grand-père maternel, excès de boisson. — Grand-oncle maternel, suicidé par pendaison. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 5 ans. — Sœur morte de convulsions. — Sœur,*

(1) Nous faisons photographier les enfants à leur entrée, puis à des époques plus ou moins éloignées, un an ou deux, suivant les changements qui se produisent. S'agit-il d'un enfant atteint d'*idiotie complète*, ne marchant et ne parlant, malpropre, etc., on le photographie assis ou tenu sur une infirmière ; en second lieu, photographie faite dès qu'il marche seul ; — en troisième lieu, quand il est devenu propre et mis en pantalon ; — ultérieurement, on le photographie tous les ans ou tous les deux ans. C'est à la réunion de ces photographies successives que nous donnons le nom de photographies collectives.

En outre de ce moyen, pour apprécier encore les *progrès réalisés*, nous avons établi des *cahiers scolaires*. Ce cahier est ouvert pour chaque enfant dès qu'il commence à tracer des bâtons ; puis tous les trois mois, ensuite tous les deux mois, enfin tous les mois nous faisons consigner sur ce cahier les différents exercices scolaires dont l'enfant est devenu capable.

coléreuse. — Autre sœur, vagabonde, actuellement en correction.
Asphyxie à la naissance. — Marche à 3 ans. — Début de la parole vers 3 ans. — Rachitisme à 4 ans : séjour à Berck. — Violences envers les autres enfants. — Masturbation réciproque. — Kleptomanie. — Actes obscènes.

TABLEAU DES MENSURATIONS.

	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893
Circonférence horizontale maximum	55	55	55	55	55	56	56
Demi-circonférence bi-auriculaire	36	36	36.5	37	38	38	38
Dist. de la protubérance occip. ext. à la racine du nez.	32.$^1/_2$	35	37	37	38	38	38.5
Diamètre antéro-postérieur maxima	18	18	18	18	18.2	18.2	18.5
— bi-auriculaire	11.$^1/_2$	12.4	12.2	13.2	13.2	13.2	13.2
bi-pariétal	15.$^1/_2$	15.7	15.7	15.8	16	16	16.2
Hauteur médiane du front	»	»	»	»	5.5	»	5.5

	1883	1884	1885	1886	1886	1887	1887	1888	1889	1889	1890	1891	1891	1892	1892	1893	1893
		Janvier	Juin.	Janvier	Juin.	Janvier	Décem.	Juillet.	Juin.	Décem.	Juillet.	Janvier	Juillet.	Janvier	Juillet.	Janvier	Juin.
Poids	18.400	23.400	23.800	23.600	26.	21.400	29.200	30.200	32.	33.700	34.200	35.	38.	39.700	41.900	45.	49.100
Taille	1.04	1.12	1.15	1.19	1.21	1.27	1.28	1.30	1.35	1.37	1.39	1.40	1.42	1.42	1.44	1.45	1.49
Dynam. M. m.				10 | 20	18 | 18	19 | 19	25 | 25	25 | 24	37 | 35	40 | 40	42 | 39	39 | 40	40 | 40	40 | 39	41 | 40	44 | 42	45 | 43

Dumé ... (Louis) est né à Ferrières-la-Grande (Nord), le 21 février 1873.

A l'entrée (25 septembre), Dum.... commence à syllaber et à écrire, fait les 2 premières opérations; connait les couleurs; s'habille à peu près seul: se sert de la cuillère et de la fourchette. Perversion des instincts (V. SOMMAIRE).

En 1893 : Dumé... lit très-bien, il fait des dictées correctes et de bonnes rédactions : son écriture est très lisible ; fait des problèmes sur les 4 opérations et le système métrique ; connait bien l'histoire de France et la géographie. Sa mémoire s'est très développée. Il est appliqué, docile et courageux : l'onanisme a disparu. Il dessine assez bien un objet usuel, a appris le solfège et joue d'un instrument (alto) dans la fanfare des enfants. A des habitudes d'ordre et d'économie et place à la caisse d'épargne scolaire tout l'argent qu'il gagne à l'atelier ou qu'on lui donne. Envoyé à l'atelier de vannerie en juillet 1887, il fait bien maintenant tous les travaux qu'on lui confie (réparations et neuf).

La *photographie collective* témoigne des changements survenus de 1883 à 1893.

OBS. V. — IMBÉCILLITÉ ET INSTABILITÉ MENTALE.

SOMMAIRE. — *Père, aliéné, peintre en bâtiments, excès de boissons. — Grand-père paternel, excès de boissons. — Grand'mère paternelle excès de boissons. — Tante paternelle, probablement hystérique. — Mère, sujette à des céphalalgies, nerveuse. Grand'mère maternelle, quelques excès de boissons. — Tante maternelle, borgne de naissance. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 4 ans. — Trois frères et une sœur ont eu des convulsions. — Conception probable dans l'ivresse. — Asphyxie très prononcée à la naissance. — Marche à 19 mois. — Début de la parole après 2 ans. — Propre à 4 ans. — Convulsions internes de 7 mois à 2 ans. — Strabisme à 2 ans. — Chûte du rectum. — Fugues répétées. — Turbulence. — Cauchemars. — Luxation de l'épaule gauche vers 4 ans. — Kleptomanie. — Tentatives d'évasion. — Menteur. — Accès de violence.*

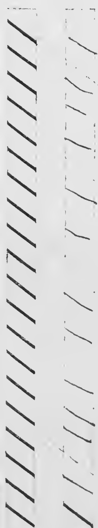


Fig. 39. — Début de l'écriture de Duve... (mars 1886).

Fig 40. — Ecriture et soustraction de Duve... (juin 1887).

Duve.... (Lucien) est né à Paris, le 6 septembre 1875 (18 ans).

A l'entrée (1882) : Turbulence extrême, langage grossier, sentiments affectifs nuls, gourmand, vorace, querelleur, frappe ses camarades sans motif, vol tout ce qu'il peut prendre, injurie

grossièrement le personnel, casse les carreaux, s'évade, etc. Il ne connaît aucune lettre, commence à tracer des bâtons compte jusqu'à 20.

Fig. 41. — Exercices scolaires de Duve... (juin 1890).

En 1892 : Il est devenu affectueux, assez docile, obéissant et convenable envers les autres enfants ; il n'est plus grossier que très rarement. Lecture courante et expressive. Ecriture lisible. Il connaît les 3 premières opérations et fait de petits problèmes. Il a les notions élémentaires de l'histoire de France. Le jugement est plus sûr qu'autrefois. Il a été mis en apprentissage comme tailleur, en 1887 ; il fait presque seul l'habillement et sait conduire la machine à coudre. Il est sorti à la fin de décembre 1892 (*Fig.* 39, 40, 41 et 42).

La *phothographie collective* le représente de mieux en mieux de 1882 à 1891.

Obs. VI. — Idiotie complète.

Sommaire. — *Père, céphalalgies occipitales fréquentes, caractère très emporté, exalté, instable, manie des inventions ; onanisme ; alternatives d'excitation et de torpeur.—Grand'-mère paternelle, caractère très emporté. — Grand-oncle paternel instable. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge d'un an.*

Conception à l'époque où le père était déjà très exalté. Marche tardive. Gâtisme. — Parole nulle. — Rougeole à 3 ans 1/2. Varioloïde vers 4 ans. — Gourme ; ophthalmie. — Chûte du rectum. — Jamais de convulsions (?).— Accès de colère. — Méchant envers les autres enfants. — Prononciation très défectueuse. — Se sert de la cuillère et de la fourchette seulement. — Tournoiement des yeux. — Attention difficile à soutenir.

Feutri... (Robert Henri) est né le 5 avril 1885 (8 ans).

A l'entrée (1889) : incapacité de s'habiller, de se déshabiller, de se nettoyer. — Gâtisme. — Aucune notion relative à l'instruction primaire. — Parole presque tout à fait nulle. Prononciation très difficile.

Fig. 42. — Exercice scolaire de Duve... (juillet 1892).

1890 : amélioration de la parole, attention plus facile à fixer. Exécute tous les exercices de la gymnastique Pichery.

1891 : il est devenu tout à fait propre ; commence à s'habiller ; met ses bas et ses souliers, reconnaît les objets usuels.

1893 : s'habille et se déshabille seul. Connaît les chiffres et les couleurs ; commence à syllaber sans épeler, à écrire des mots, à tracer les chiffres, à faire de petites additions. Il mange proprement, se sert de la cuillère, de la fourchette et du couteau, s'habille, se déshabille et se lave seul. Attentif, obéissant, affectueux. Reconnaît les personnes, les différentes parties du corps, les nomme ainsi que les objets qui l'entourent.

La *photographie collective* (1889-1893) met bien en évidence ses progrès.

Obs. VII. — Idiotie congénitale.

Sommaire. — *Père, quelques excès de boisson, sang endormi. Renseignements insuffisants sur la famille paternelle. — Mère, rien de particulier. — Arrière-grand-père maternel mort à 102 ans. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an (mère plus âgée).*

Début de la parole vers un an, limitée à l'entrée à quelques mots. Marche à 4 ans. — Jamais de convulsions. — Coqueluche et bronchite à 5 ans. — Onanisme. — 1887 : Teigne ; — rougeole ; — conjonctivite. — 1888 : Éruption furonculeuse. — 1889 : Guérison de la teigne. — 1892 : Bronchite généralisée.

Huri... (Eugène) est né à Paris le 8 avril 1880 (13 ans).

A l'entrée (mai 1886) : Il parle très difficilement ne se sert que de la cuillère et de la fourchette ; aide à peine à s'habiller et à se déshabiller. Ne sait pas se laver seul, tape constamment

ses yeux (tic). Caractère sournois, frappe ses camarades quand on ne le voit pas. Lecture, écriture, numération, notion des couleurs et des choses usuelles nulles.

En 1893 : Sait syllaber et écrire, copie un modèle, met au pluriel les noms au singulier, fait de petites additions, distingue les couleurs et les surfaces, se sert de la cuillère, de la fourchette et du couteau, exécute tous les mouvements de la petite gymnastique, mais saute encore difficilement. La parole s'est notablement améliorée, il commence à faire quelques phrases, répète volontiers ce que disent ses camarades. Il est docile, très propre, très soigneux, n'est plus sournois et ne frappe plus les autres enfants.

Sa *photographie collective* le montre de 1889 à 1893.

Obs. VIII. — Imbécillité très prononcée.

Sommaire. — *Enfant assisté : père mort de bronchite en 1879, mère morte de phthisie en 1879 à Lariboisière ; — absence complète de renseignements sur les antécédents héréditaires et personnels du malade.*

Parole nulle ; préhension très défectueuse, ne se sert que de la cuillère pour manger ; ne connaît pas ses lettres, ne sait pas compter.

Perri... (Joseph), est né à Paris, le 27 juillet 1869 (24 ans).

1880 : P. a appris les exercices de la petite gymnastique ; connaît toutes ses lettres, amélioration de la parole, zézaiement, sait se servir de la cuillère, de la fourchette et du couteau. Caractère timide.

1881 : éruption scarlatiniforme. Parole plus développée, prononciation toujours défectueuse : chapeau = capeau ; chaise — taise, etc. Il s'habille, se déshabille, cire ses souliers, fait convenablement sa toilette, compte jusqu'à 80.

1882 : Périodes de tristesse ; aide à débarrasser le couvert, à laver la vaisselle. Mémoire bonne, commence à syllaber, écrit par imitation, compte jusqu'à 100.

1884 : Per. connait tous les objets qui l'entourent ; il distingue les couleurs, les figures géométriques. La parole est un peu plus développée, prononciation toujours difficile, surtout pour le ch. Ex.: charbon = carbon ; chicorée = kicorée ; échalotte = écalotte ; lentille = lentine. Il commence à écrire en gros.

1885 : Il syllabe mieux, commence à écrire enfin et à faire de petites additions. Apprenti tailleur depuis juin 1884, il coud très-bien, mais est un peu lent. En décembre il sait faire un pantalon et un gilet. — Fait de petites soustractions.

1886 : eczéma des deux jambes Lecture presque courante, participe aux exercices de la grande gymnastique. Passé à la grande école.

1887 : lecture courante, commence la multiplication.

1888 : petites dictées, notions de la division du temps et de la forme des objets ; progrès constants à l'atelier de couture ; parole de plus en plus libre, persistance du zézaiement. Caractère doux et craintif. Tient toujours la tête baissée.

1889 : Petits problèmes sur les 3 premières opérations. Amélioration générale. Timidité qui l'empêche de répondre aussi bien qu'il le pourrait aux questions.

1892 : Caractère très-doux, conduite bonne, propreté minutieuse du corps et des vêtements ; attitude penchée de la tête. A l'atelier de couture, il fait l'habillement complet. Durant les récréations, il aide le perruquier du service et sait très bien raser. Ce jeune homme pourrait vivre en famille et gagner sa vie. En raison de sa timidité, de son inexpérience de la vie ordinaire et de l'absence de toute famille, nous l'avons fait passer dans les divisions de l'hospice au commencement de cette année. Sa conduite, jusqu'ici, n'a rien laissé à désirer.

Ses *photographies* permettent de juger les changements qui sont survenus progressivement chez lui de 1880 à 1893.

Obs. IX. — Sclérose cérébrale : imbécillité et hémiplégie droite avec athétose.

Sommaire. — *Père alcoolique, tuberculeux. — Grand'mère nerveuse. — Arrière-grand'mère suicidée. — Tante paternelle nerveuse. — Mère, convulsions de l'enfance. — Arrière-grand'mère, tremblement de la main attribué à la foudre. — Frère, convulsions internes. — Sœur morte de méningite. Conception dans l'alcoolisme. — Asphyxie très prononcée à la naissance. — Premières convulsions à 6 mois : durée 12 heures ; hémiplégie droite consécutive ; athétose remarquée à 2 ans. — Secondes convulsions à 4 ans. Prédominance à droite. — Retour partiel des mouvements du bras à 5 ans. — Marche à 3 ans. — Parole à 4 ans.*

Pinç.... (Jean-Victor), est né le 4 novembre 1869 (24 ans en 1893).

A l'entrée (1885) : lecture courante (lecture automatique), sans expression, il ne se rend pas un compte exact de ce qu'il lit ; parole difficile. Écriture de la main gauche, lisible, mais droite et faite avec une grande lenteur. Il commence à connaître les trois premières opérations. Aucune notion en histoire et en géographie.

En 1893 : Lecture expressive, comprend très-bien ce qu'il lit, sait l'expliquer et s'y intéresse, fait des lectures à ses camarades aveugles. Écriture très lisible, penchée et courante, mots bien séparés. Dessine assez bien un objet usuel, résoud des problèmes sur les 4 règles. Connaissances très élémentaires en géographie et en histoire. Pinç.... sait chanter, guide quelques-uns de ses camarades. Il a appris le métier de tailleur ; il fait toutes les parties de l'habillement, bien qu'il soit hémiplégique. Nous l'avons fait passer comme incurable dans une division de l'hospice, et, au tarif réduit de la maison, il gagne 15 fr. par mois. Il est courageux et sa conduite est excellente.

Sa *photographie collective* de 1885 à 1893 permet d'apprécier les bons résultats du traitement (1).

Obs. X. — Imbécillité et hémiplégie droite, symptomatiques de sclérose cérébrale.

Sommaire. — *Père mort tuberculeux, nombreux excès de boisson, excès vénériens, céphalalgies, probablement de nature migraineuse, caractère violent. — Grand-père paternel mort d'hémiplégie cérébrale, nombreux excès de tous genres. — Renseignements insuffisants sur la famille paternelle. — Mère, rien de particulier. — Grand-père et mère maternels, morts de cancer de l'estomac. — 5 oncles ou tantes maternels morts de convulsions. — Une tante maternelle atteinte de sciatique.*

Émotions répétées durant la grossesse. — Accouchement au forceps ; compression du côté droit du front. — Asphyxie à la naissance. — Convulsions à 2 ans. — Début de la marche à 14 mois, de la parole vers 2 ans. — Propre vers 5 ans. — Fièvre scarlatine avec délire à 8 ans $^1/_2$; convulsions avec perte de connaissance durant 3 jours ; hémiplégie droite avec aphasie consécutives ; otite double. — Retour progressif de la parole un mois après la scarlatine. — Diminution de la paralysie, au bout de 2 mois.

Spor... (Alexandre-Louis), né à Paris le 5 août 1873, est entré à 13 ans (20 ans en 1893)

A l'entrée (1886) : S.. ne lit pas encore couramment, connaît l'addition et la soustraction. Écriture presque droite, irrégulière, mais en général assez lisible. Aucune notion de musique, ni de travail manuel.

En 1893 : Lecture expressive, comprend bien tout ce qu'il lit. Fait des problèmes sur les 4 règles. Son écriture a peu changé, mais il sait la lire ; fait des dictées et des rédactions. A acquis quelques notions de géographie et d'histoire. A appris à lire la musique, fait partie de la fanfare des enfants (baryton). Malgré son hémiplégie droite, il a appris très convenablement le métier de tailleur, fait un habillement complet et conduit la machine à coudre.

Ce malade est en mesure de vivre en liberté, mais, en raison de son hémiplégie, on le fera passer dans la division

(1) Nous procédons pour les photographies des hémiplégiques un peu différemment que pour celles des autres enfants. Nous nous sommes aperçu qu'en les faisant photographier *habillés*, la photographie ne donnait qu'une idée insuffisante de l'*hémiplégie*, des différences entre le *côté sain* et le *côté paralysé* : C'est pourquoi nous avons pris l'habitude de les faire photographier *nus*.

des incurables de l'hospice dès qu'il aura 20 ans. Sa *photographie collective* donne une idée exacte de ses progrès, de 1886 à 1893.

Obs. XI. — Idiotie microcéphalique complète.

Sommaire. — *Père, rien de particulier. Grand père paternel, alcoolique, mort « du pylore. » — Arrière-grand-père paternel, alcoolique. — Deux grands oncles paternels, alcooliques. — Mère et grand'mère maternelle, migraineuses. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de sept ans.*
Pas de convulsions. — Parole nulle. — Impossibilité de se tenir debout. — Affaiblissement prédominant à la jambe gauche. — Gâtisme. — Tournoiement de la tête. — Balancement du tronc. — Première dent à 6 mois. — Grincement des dents. — Rougeole et coqueluche à 3 ans. — Amélioraton considérable.

Mazi... (Henri) est né à Créteil, en juillet 1884 (9 ans).

Il s'agit là d'un des microcéphales que nous avons montrés à l'une des séances du Congrès international de médecine mentale de 1889. Les premières *photographies* le représentent gâteux, assis ou tenu sur les genoux; puis devenu propre, en pantalon et marchant. Voici la note qui figure dans les comptes rendus du Congrès :

« *A son entrée* (3 décembre 1887), Mazi... était complète- « ment gâteux; il lui était impossible de se tenir debout. La « jambe gauche paraissait un peu plus faible que la droite. On « notait chez lui du tournoiement de la tête, des grincements « de dents et un balancement antéro-postérieur du tronc. « La parole est absolument nulle. Il crie et pleure une partie « de la nuit; il dort le matin. L'attention ne peut être fixée. « La préhension se fait assez bien, toutefois M... n'aide en rien « pour s'habiller et se déshabiller et ne sait pas se servir de la « cuillère. Il est affectueux et reconnaît ses parents.

« *Traitement* : Exercer l'enfant à se tenir debout et à mar- « cher; le placer sur le vase à des heures régulières ; exerci- « ces de la parole; sirop d'iodure de fer, huile de foie de « morue, bains salés. Bien que, de son entrée au mois d'août « de cette année, divers accidents aient entravé le traitement, « déjà nous avons obtenu chez cet enfant une amélioration « encore peu profonde, mais indubitable.

« L'enfant commence à se tenir sur ses jambes, ne gâte plus « que par moments, demande le vase. Il dit très bien : papa, « maman, çà y est, non, voilà. En nous appuyant sur ces résul- « tats nous pouvons espérer que, dans un temps plus ou moins « long, l'enfant sera tout à fait propre, marchera et parlera. »

Nos prévisions se sont amplement réalisées. Le corps et la tête se sont développés ainsi que le démontrent les tableaux ci-contre :

	1888		1889		1890		1891	1892		1893	
	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Janv.	Juillet	Janv.	Juin
Poids	6.500	7.900	39.400	8.400	9.000	10.400	10.900	11.400	11.400	13.700	13.700
Taille	0.65	0.665	0.665	0.67	0.675	0.68	0.72	0.94	0.94	0.94	100

Mensurations de la tête.

	1888		1889	1890		1891		1892	1893
	Janvier	Octob.	Septem	Janvier	Juillet	Juillet.	Decem.	Juillet	Juin
Circonférence horizontale maxima	41	41.5	41.5	41.5	42	42.3	42.7	42	42.5
— bi-auriculaire	25	25.5	27	28	27	25	27	26.5	27
Distance de la racine du nez à l'articulation occipito-atloïdienne	30	31	31	31	29	27.5	29	31.5	30.5
Diamètre antéro-postérieur maximun	14.2	14.5	14.5	14.6	14.6	14.9	15	14.6	15
— bi auriculaire	9	9	9.1	9.3	9.3	9.5	9	10	10
— bi-pariétal	10 1/2	10.8	11.2	11.3	11.2	11.4	11.4	11.6	11.5
Hauteur du front				4	4	4	4	3.5	3.5
Largeur du front					8.2	10	10	9.5	9.5

Cet enfant a fait des progrès continus. Il apporte du goût à tout ce qu'il fait. Il marche, court, saute, exécute bien tous les mouvements de la gymnastique Pichery. Il aime à jouer et préfère dans ses jeux le jeu de toupie : après de très longs efforts, il est parvenu à la faire marcher adroitement. Il affectionne aussi le jeu de cerceau et dernièrement il a fait avec son cerceau le tour de la cour des Écoles sans s'arrêter et en le dirigeant avec habilité, bien qu'il se serve de préférence d'un grand cerceau qui dépasse sa taille. — Il commence à bien se vêtir et à se laver seul. Sa tenue générale, sous le rapport de la propreté et du maintien, est convenable. — Au réfectoire, il se sert de la cuillère, de la fourchette et même du couteau. — Il connaît toutes ses lettres et commence à syllaber. Il devient plus attentif. — Il fait des i et des o sur le cahier, connaît les couleurs, les surfaces, le nom de toutes les personnes du service, se rappelle le jour de leur sortie, sait le nom de tous les objets contenus dans les boîtes servant aux leçons de choses, et celui de la plupart des objets qui l'entourent, distingue les chiffres et compte jusqu'à trente. — Son caractère se fait chaque jour, il devient très gai, répète les airs, possède une voix assez juste, et il lui arrive même parfois de chanter de petites chansons. Le 10 juin, une sous-surveillante qui a beaucoup contribué à son amélioration dans les premiers temps, et qui a pour lui une vive affection, lui a dit : « Henri, chante-moi une chanson. » Aussitôt, sans se faire prier, il a chanté le refrain : « Auprès de ma blonde, etc. » Quand il a eu fini, il lui a dit : « C'est pour toi, çà. » — Pourquoi, pour moi ? — « Parce que tu es blonde. »

Sa mémoire se développe ; son esprit s'éveille, il est très réfléchi dans tout ce qu'il fait. Avant d'exécuter un ordre, il y réfléchit et s'il s'aperçoit qu'il s'agit d'une plaisanterie, il dit : « non, non ! » et se sauve en riant. Voici encore un petit fait qui nous montre son développement intellectuel. Tout récemment, l'enfant jouait dans son dortoir avec un infirmier; au bout de quelques instants il lui dit : « Laisse-moi aller coucher. » L'infirmier ayant voulu le retenir, il s'écria : « Laisse-moi, fais donc tes carreaux, ils sont sales. » La remarque de l'enfant était juste, les carreaux étaient tachés.

La *photographie collective* de Henri Mazi..., complète les renseignements qui précèdent et témoignent de la réalité de ses progrès. Si nous avons insisté un peu longuement sur l'observation de cet enfant, c'est qu'il s'agit d'un cas d'*idiotie complète*, et d'un très beau type de *microcéphalie*.

(1) Il s'agit de Mlle At. Bohain, à laquelle sont dus la plupart des principaux progrès réalisés par cet enfant.

Il nous serait très facile, Messieurs, de multiplier ces exemples (1). Ceux qui précèdent nous paraissent de nature à apporter la conviction dans les esprits et à justifier nos conclusions.

Conclusions. I. — Le *traitement chirurgical* de l'idiotie repose sur une hypothèse que ne confirme pas l'*anatomie pathologique*.

II. — La *synostose prématurée des sutures du crâne* n'existe pas dans les différentes formes de l'idiotie. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on rencontre une synostose partielle.

III. — Les *lésions* auxquelles sont dues les idioties sont d'ordinaire profondes, étendues, variées, et partant peu susceptibles d'être modifiées par la *crâniectomie.*

IV. — Le *diagnostic de la synostose des sutures* et de l'*épaisseur* du crâne échappe jusqu'ici à nos moyens d'investigation.

V. — D'après la plupart des chirurgiens les résultats obtenus par l'intervention opératoire même sont légers, douteux ou nuls. Des accidents graves (paralysie, convulsions, etc.) et la mort peuvent s'en suivre.

VI. — Le *traitement médico-pédagogique* reposant sur la méthode imaginée par Séguin et perfectionnée par l'introduction de procédés nouveaux, appliquée judicieusement et prolongée un temps convenable, permet d'obtenir à peu près toujours une amélioration sérieuse et souvent même de mettre les enfants idiots et arriérés en état de vivre en société.

Bibliographie.— Outre les articles que nous avons cités, on pourra consulter sur cette question nos *Comptes rendus* du service de Bicêtre, principalement ceux de 1890, 1891, et 1892. — Tacquet. : *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots*, thèse de Paris, 1892. — Bourneville : Communication au *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, session de Blois, août 1892.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Signes de la Mort.

Le 10 juin dernier nous rappellions ici que, dans notre discours à la dernière assemblée de la *Société pour la propagation de la crémation*, nous pensions, d'après nos recherches *personnelles*, avoir trouvé le moyen de distinguer la mort apparente de la mort réelle en nous appuyant sur la *température centrale* du corps (2). Il s'agissait, bien entendu, des pays froids ou tempérés comme le nôtre, car dans les pays chauds la putréfaction fournit promptement un signe certain de la mort réelle. A l'appui de notre dire, nous citions dans le même n° du 10 juin un nouveau cas confirmatif. Le compte rendu de la séance de la *Société pour la propagation de la crémation* a attiré l'attention de M. Williaume, qui a consacré à l'incinération un très intéressant article dans lequel il a fait allusion à nos recherches. Quelques jours après, le *Figaro*, sous la signature de « Glucq », écrivait « qu'un savant docteur prétendait avoir découvert un moyen très simple, très sûr, et surtout peu coûteux, de reconnaître si la mort est réelle ou s'il ne s'agit que d'un cas de léthargie accidentelle. » Il faisait allusion à l'emploi du thermomètre. Etant donné les usages d'une partie de la grande presse, nous n'avons été nullement surpris que notre nom ou celui du *Progrès Médical* n'ait pas été cité. En revanche nous avons été fort étonné de trouver dans le n° du 15 juin de l'*Union Médicale* la reproduction complète de la dernière expérience que nous avons rapportée.

Là aussi notre nom et celui du journal ont été omis. C'est une façon de faire qui n'entre pas d'ordinaire dans les habitudes de la presse médicale. Quant à nous, sans nous inquiéter des nouveaux usages, nous continuerons à citer la source où nous puisons quelquefois. Sans insister davantage, nous allons rapporter un nouveau fait confirmatif.

L'enfant Gasma... est mort le premier juin dans un accès d'épilepsie. Voici le tableau des températures rectales qui ont été prises :

T. R.	T. du corps.	T. de la chambre.
Aussitôt après la mort. .	38°	»
1 heure — . .	37°,4	»
2 — — . .	36° »	»
5 — — . .	18° »	22
8 — — . .	16°,5	21
11 — — . .	16°,5	21
14 — — . .	16° »	20
17 — — .. .	16° »	16

D'où il suit, comme nous l'avons dit précédemment, que le thermomètre fournit dans nos climats un moyen certain de reconnaître la *mort réelle* de la *mort apparente*. Bourneville.

Le pavillon Lister à l'hôpital Cochin.

Lors du compte-rendu que nous avons donné ici-même, de l'inauguration des nouveaux pavillons de chirurgie de Cochin, nous exprimions le regret de ne pouvoir nous étendre suffisamment sur l'organisation du service de M. le Dr Schwartz, et nous promettions à nos lecteurs de reprendre la question. Nous le ferons aujourd'hui en quelques mots.

Le pavillon Lister, d'une construction beaucoup plus massive que celle du pavillon Pasteur, en diffère encore à plus d'un point de vue. Tout a été prévu dans le nouveau service pour faire de l'antisepsie et aussi de l'asepsie, mais l'esprit qui a présidé à l'édification de cette construction s'est inspiré de données beaucoup moins théoriques que celles appliquées chez M. Quénu. La division du service de M. Schwartz prévoit une salle de septiques et une salle d'aseptiques, aussi bien du côté homme que du côté femme. Les salles destinées à recevoir les hommes ont été édifiées à une époque antérieure, et le service n'est vraiment complet que depuis la construction de l'annexe importante inaugurée ces jours derniers et qui comprend les salles de femmes et les salles d'opérations. Les malades femmes ont à leur disposition une salle de septiques et une salle d'aseptiques.

Comme on le voit, ce qui manque dans le service de M. Schwartz, ce sont les locaux réservés aux malades suspects, que M. Quénu appelle « le purgatoire. » Théoriquement il y a là une lacune, et l'on ne peut s'em-

(1) Nous devons reporter une bonne partie des résultats que nous avons obtenus dans notre service de Bicêtre, sur les personnes qui nous secondent depuis des années, notamment MM. Boutillier, Boyer, Mesnard, instituteurs chargés de la grande école; sur Mlles Bl. Agnus, Am. Bohain, B. Langlet, Lapeyre, Hermann et Mme Bonnet, chargées de la petite école et de la fondation Vallée.

(2) Procès-verbal de la séance de la dernière assemblée générale, etc., p. 9.

pêcher de dire que l'arrangement du pavillon Pasteur est bien plus séduisant avec sa distribution si tranchée en suspects, septiques et aseptiques. Mais M. Schwartz est d'avis qu'il y a là une complication inutile au point de vue pratique, et que la division beaucoup plus simple qu'il a admise lui procurera d'aussi bons résultats. Nous ne faisons aucune difficulté pour admettre la justesse des vues de M. Schwartz : on peut faire partout de la bonne chirurgie, et nous écrivions à propos du service de Necker que la propreté du champ opératoire, des instruments et de l'opérateur était la première garantie de succès. On ne saurait pourtant nier qu'il y a un avantage énorme à simplifier le manuel des précautions à prendre. Saurait-on mieux remplir cette indication qu'en évitant au chirurgien et au personnel qui l'entoure la technique compliquée de désinfections réitérées et minutieuses, en mettant à sa disposition des locaux multiples, qui seront autant de casiers destinés à permettre un classement reconnu par tous indispensable, si l'on veut faire de l'asepsie.

Le pavillon Pasteur comporte, on ne l'a point oublié, une salle d'opérations septiques et une salle d'opérations pour les douteux.

Au pavillon Lister il n'y a qu'une salle d'opération aseptique et une salle d'opération commune pour les suppurants et les douteux. Les deux sont parfaitement aménagées, munies de tous les appareils perfectionnés en rapport avec les exigences modernes. Nous avons trouvé, dans les détails de construction, presque toutes les particularités que nous avons signalées dans notre précédent article. On voit que les deux constructions ont été menées de front et sous la même direction. La salle d'opérations aseptiques de M. Schwartz est particulièrement belle et confortablement installée ; elle est d'un nettoyage facile et d'une commodité parfaite ; un espace a même été réservé aux assistants qui désireraient assister aux opérations.

La salle d'opération des suppurants est séparée de la précédente par une salle de laboratoire affectée à la stérilisation des instruments et qui renferme le matériel *ad hoc*.

La salle de préparation des pansements est immédiatement après la salle des opérations septiques, mais on n'est pas obligé de traverser cette salle pour transporter les objets de pansements dans le laboratoire où ils sont stérilisés. On utilise pour cela un couloir de dégagement sur lequel s'ouvrent les portes des diverses pièces ci-dessus mentionnées.

Peut-être aura-t-on moins de facilités dans le service de M. Schwartz à réaliser l'asepsie que dans le service de M. Quénu ; indubitablement le chirurgien et ses aides y seront obligés à des précautions plus grandes, à une surveillance d'eux-mêmes et de leur personnel plus rigoureuse ; il n'est point douteux cependant que les résultats opératoires n'y soient excellents. Si on voulait pousser les choses à l'extrême, on verrait combien difficile à réaliser est la perfection et à quel esclavage serait obligé de s'astreindre un chirurgien, tant au point de vue de ses habitudes journalières que des soins à donner à sa personne et à ses vêtements. J. DAURIAC.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* M. le Dr CHARCOT. Leçons le mardi à 9 heures 1/2. — *Maladies nerveuses et mentales.* MM. JOFFROY et Jules VOISIN : le jeudi et samedi de chaque semaine, à 9 h. 45. — *Maladies mentales.* — M. Auguste VOISIN, le dimanche, à 10 heures.

HÔPITAL RICORD. — *Syphiliographie.* — M. le Dr Charles MAURIAC : le samedi à 9 heures 1/2 du matin. — M. HUMBERT : le mardi, à 9 h. 1/2.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 juin 1893. — PRÉSIDENCE DE M. DARESTE.

M. HANOT montre des dessins reproduisant les pièces histologiques provenant d'un *foie infectieux.* La principale lésion consiste dans l'altération du noyau des cellules hépatiques, qui présente par places des signes largokinétiques, mais, sur d'autres points, une disparition progressive de la chromatine. Le travail est donc d'abord irritatif, puis dégénératif. Le foie examiné était atteint d'ictère grave.

M. LUYS rapporte quelques recherches sur la *perception colorée des effluves magnétiques* par certains sujets en état de somnambulisme. Ces sujets, au nombre de trois, dressés par M. Luys, voient les effluves magnétiques rouges du côté gauche, bleues du côté droit, sortis du corps et surtout des yeux des individus qu'on soumet à leur examen. Le milieu du corps leur apparaît jaunâtre. Les effluves oculaires sont très diminuées chez les tabétiques. Sur l'encéphale mis à nu d'un chien encore vivant, les effluves sont perçues de la même façon. Enfin, elles semblent disparaître sur le cadavre, bien qu'un des sujets ait vu de faibles lueurs s'échapper des yeux de tuberculeux morts depuis 48 heures environ. Pendant l'attaque de somnambulisme provoqué, les hypnotiques présentent une dilatation considérable des vaisseaux du fond de l'œil, et c'est à cette circonstance que M. Luys attribue l'hyperacuité visuelle qui permet à ses sujets de percevoir les effluves magnétiques invisibles pour les autres.

M. PACHON présente ses recherches sur la *digestibilité du pancréas* chez les chiens normaux et chez les chiens dératés. L'organe était pris sur l'animal à jeun. On n'observe pas de différences sensibles dans les deux séries d'expériences. Le foie n'a donc pas montré de pouvoir digestif.

M. BROWN-SÉQUARD a essayé, il y a 25 ans, d'injecter dans le rectum de la viande ordinaire mélangée de tissu pancréatique, dans le but d'alimenter ses malades. Il a constaté que la digestion de la viande et son absorption se faisait très bien de cette façon et que les malades ne perdaient pas de poids.

M. DASTRE a étudié les *ferments du pancréas*, amylolytique, protéolytique, le ferment lab les ferments saponificateurs et émulsifs. Il a constaté que les deux premiers ferments pouvaient exister d'une manière indépendante l'un de l'autre, suivant les différentes époques de la digestion.

M. ROGER a constaté les propriétés *hyperthermisantes de l'urine et des muscles*. L'urine normale abaisse d'abord la température, puis l'élève. L'urine de fébricitants, d'érysipèle, par exemple, détermine au contraire une hyperthermie d'emblée. Le muscle est également hyperthermisant ; c'est ainsi que 10 grammes d'extrait de muscle élèvent la température du lapin de plus de un degré. La façon dont on prépare l'extrait de muscle, à chaud ou à froid, dans l'eau ou dans l'alcool, ne paraît pas influencer le résultat.

MM. CHARRIN et GLEY montrent des tracés pris sur des animaux et montrant l'*action des produits solubles du bacille pyocyanique sur le cœur.* Les poisons microbiens solubles ralentissent le cœur et finissent par l'arrêter en diastole, même après destruction préalable de la moelle épinière. Ils agissent donc immédiatement et directement sur lui.

M. BROWN-SÉQUARD fait une communication sur le *rôle de la dynamogénie dans la production des convulsions expérimentales.*

M. BOURQUELOT présente : 1° une note de M. Gérard (de Toulouse) sur *les ferments sécrétés par les champignons* ; 2° une note de lui sur le même sujet.

M. JOLYET (de Bordeaux) adresse une note sur la respiration du dauphin.

M. Darwin dépose un mémoire sur la résistance du corps humain au courant électrique. A. Pillet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 juin 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Associations morbides du mal de Bright.

M. Dieulafoy, complétant sa communication du 6 juin sur le mal de Bright sans albuminurie, étudie les associations morbides du brightisme, 1° avec la goutte, 2° avec les maladies infectieuses, 3° avec la syphilis, 4° avec la chlorose. Les goutteux brightiques se divisent en deux grandes catégories. Les uns ont de l'albumine souvent depuis longtemps et en quantité notable. Mais ils n'ont aucun autre symptôme. Leur urine a la toxicité normale. Ils ne sont pas menacés. Les autres, sans albuminurie, ont tous les petits accidents du brightisme. Chez ceux-là, comme chez les goutteux albuminuriques qui les présentent, ces petits accidents, dès qu'ils surviennent, sont d'un pronostic grave. Ils annoncent à bref délai l'urémie. Ils imposent une hygiène sévère.

Les maladies infectieuses, la pneumonie, la scarlatine surtout, sont tantôt suivies d'albuminurie simple sans brightisme vrai, tantôt de brightisme sans albuminurie. Là encore on retrouve l'importance pronostique de tous les accidents de la petite urémie. Dans la syphilis il en est de même. Bien de prétendues céphalées syphilitiques sont en réalité de nature urémique.

Le chlorobrightisme est plus important encore. Il est des chloroses vraies avec teinte spéciale, souffle, aglobulie que le traitement ordinaire ne guérit pas. Mais ces chlorotiques ont de plus de la céphalée, de la dyspnée, de la bouffissure des paupières, des crampes, etc., indices de brightisme. Les unes sont albuminuriques, les autres n'ont pas d'albumine, mais, chez toutes, le rein est en cause. Les viandes saignantes, le quinquina, les vins généreux leur sont funestes. Le régime lacté intégral les guérit rapidement. Mais elles doivent être traitées et surtout surveillées des années, en particulier plus tard au moment des grossesses. Elles sont en effet, à ce moment, atteintes d'éclampsie.

Discussion. — M. Lancereaux est en accord parfait avec M. Dieulafoy sur le brightisme et l'urémie sans albuminurie. — Quant aux goutteux, ils ne sont brightiques que lorsqu'ils sont et parce qu'ils sont asténoscléreux. Nombre des petits signes indiqués par M. Dieulafoy, et en particulier le doigt mort, appartiennent simplement à l'artériosclérose. La syphilis, elle, produit deux ordres de lésions. Elle donne à la période secondaire une néphrite épithéliale due à l'élimination des et analogue aux autres néphrites infectieuses. Elle donne à la période tertiaire des gommes circonscrites limitées. Les premières lésions seules conduisent au brightisme. Enfin les chlorobrightiques ne sont, comme les goutteux, atteintes de brightisme, qu'en raison de leurs lésions artérielles. M. Lancereaux a montré que l'étroitesse congénitale des artères était fréquente chez les chlorotiques et surtout chez les chlorotiques enfants d'artérioscléreux.

M. Dujardin-Beaumetz admet le brightisme sans albuminurie et l'albuminurie sans brightisme. Il insiste sur le rôle des lésions hépatiques; le foie, sans détruire les toxines alimentaires ingérées; le foie malade les laisse passer et arriver en masse au rein, dont le pouvoir d'élimination est déjà insuffisant. Chez les brightiques à foie lésé, le régime végétarien s'impose plus que jamais. Tous les aliments riches en toxines : gibier, mollusques, poisson, viande, même fromages avancés, sont extrêmement dangereux.

Etude comparative des résultats obtenus par le traitement chirurgical et par l'éducation sur les microcéphales.

M. Bourneville fait sur ce sujet une communication sur le *Traitement chirurgical et le traitement médico-pédagogique des enfants idiots et arrierés.* (Voir plus haut, p. 465.)

Le typhus à la Kasbah d'Alger.

M. André Treille (d'Alger) a observé, à cinq reprises différentes, des cas de typhus à la prison de la Kasbah d'Alger, trois cas en 1891, deux cas en 1893. Ces cinq cas se sont déclarés dans des cellules exposées au vent passant sur un dépôt d'immondices situé à peine à vingt-quatre mètres. Ce dépôt reçoit tous les immondices du quartier de la Kasbah, où le typhus est en quelque sorte endémique. Dans chacun de ces cas l'isolement ne fut pratiqué qu'au quatrième jour du diagnostic certain. Mais, grâce aux précautions minutieuses de désinfection (lavages phéniqués du corps des malades, stérilisation des selles, des crachoirs au sublimé, désinfection du linge), l'épidémie fut les cinq fois enrayée d'emblée. Comme traitement, M. Treille emploie surtout le café alcoolisé et le lait. Il faut pratiquer des lavages fréquents de la bouche et du pharynx avec la solution phéniquée au centième. Ce sont là, en effet, les lieux de culture favoris du genre typhique. Lui-même, en mai 1871, croit avoir contracté le typhus par infection buccale. Il parcourait les cases kabyles atteintes et portait souvent aux lèvres le crayon qui lui servait à prendre des notes. En terminant, il insiste encore sur le mode spécial et rare de contagion par les poussières, sur la facilité d'extinction des foyers typhiques par la désinfection. En raison des faits qu'il a observés on peut de plus conclure que le typhus n'est pas contagieux pendant les quatre premiers jours au moins.

Expériences sur le cadavre d'un supplicié. — M. Laborde lit un rapport sur une communication de M. Fayel, de Caen, relative à des expériences sur un supplicié. Le réflexe oculaire a cessé trois minutes, le réflexe rotulien, quatre minutes seulement après la décapitation. Les battements du cœur ont persisté onze minutes et demie. L'inhibition absolue n'est donc pas immédiate. Douze minutes après l'exécution, les circonvolutions motrices du côté droit furent mises à nu par la trépanation et excitées électriquement. Des mouvements se produisent du côté droit de la face. Ces mouvements directs et non éronés ne peuvent s'expliquer que par la diffusion du courant.

Les boues transportées de Dax.

M. Rochard communique à l'Académie un mémoire de M. Barthe de Sandfort, relatif aux bons résultats obtenus par les boues transportées de Day dans 39 cas d'engorgements testiculaires chroniques d'origine hasmatique, goutteuse, ourlienne ou blennorrhagique. M. Constantin Paul a également obtenu en deux jours, par ce moyen, la guérison d'une orchite très aiguë.

Correspondance. Election. — Lettre de candidature de M. Sevestre à la place vacante dans la section de thérapeutique. Une place de membre du conseil de l'Académie étant vacante par suite de la mort de M. Vidal, M. Lagneau est élu membre de ce conseil. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 16 juin 1893. — Présidence de M. Fernet.

M. Comby. — *Prétendue hérédité du rachitisme.* — L'hérédité directe du rachitisme n'existe qu'en apparence; l'enfant ne porte pas en lui, en naissant, le germe de la maladie; c'est une affection acquise dont l'origine habituelle se trouve dans l'alimentation vicieuse du premier âge. Dans un grand nombre de faits, à l'aide d'une enquête soigneuse, on retrouve l'origine habituelle du rachitisme, c'est-à-dire l'alimentation vicieuse. L'allaitement artificiel est d'ailleurs très fréquent dans les familles de rachitiques, par ce fait que les mères, atteintes elles-mêmes, sont incapables de faire de bonnes nourrices. Alors on a recours au biberon et aux aliments plus ou moins indigestes. Voilà pourquoi on observe le rachitisme se perpétuant dans certaines familles par une voie indirecte et détournée : la perpétuation d'une mauvaise hygiène alimentaire.

(1) Voir *Progrès médical*, 1893, n° 23, page 439.

M. Rendu connaît une famille indemne dont les 6 enfants ont tous été atteints d'un léger degré de rachitisme. Or, ils ont tous été nourris au sein par d'excellentes nourrices. Il est difficile d'admettre que, dans ce cas, la prédisposition n'ait pas été transmise héréditairement.

MM. Legendre et Beaussenat. — L'emploi des *bains froids dans le traitement des érysipèles graves*, jusqu'ici appliqué seulement aux formes hyperthermiques, doit l'être aussi dans tous les cas graves, quel que soit le facteur de gravité : délirium tremens, congestion pulmonaire, bronco-pneumonie, complications cardiaques ou rénales. Les antithermiques médicaux ne donnent que des résultats insignifiants ou peu durables, même avec le sulfate chinchonimine obtenu par M. Arnaud, professeur au muséum, et expérimenté par M. Charrier dans la pneumonie expérimentale. Dans quatre cas les injections sous-cutanées et intradémniques d'acide lactique comme antiseptique local ont donné des résultats assez favorables pour encourager de nouvelles tentatives.

M. Juhel Renoy pense comme M. Legendre que pour ce qui concerne les érysipèles graves le bain froid constitue le meilleur mode de traitement. Le bain dont il fait usage est le bain de Braud à 18°, d'une durée d'un quart d'heure dans la suite, tantôt le bain était porté au début à 25°, puis progressivement ramené dans des bains successifs à 18°; tantôt le bain était donné toutes les deux heures mais plus frais et d'une durée moins longue. Sur les 541 malades traités depuis le mois de février, 82 présensentaient la forme typhoïde; 8 sont morts, ce qui porte la mortalité dans cette forme à 9.75 0[0 tandis que la mortalité générale n'atteint pas 2 0[0 si on envisage en bloc toutes les formes. Les résultats de la réfrigération dans l'érysipèle a forme typhoïde sont donc analogues à ceux qu'on obtient dans la fièvre typhoïde.

M. Valude poursuit depuis cinq ans des études sur l'action de l'antipyrine dans *certaines formes d'atrophie du nerf optique*. Ce médicament est sans effet sur les atrophies caractérisées par une altération primitive de la fibre nerveuse (atrophie grave du tabes, atrophie par compression directe de la bandelette optique). Quant à l'atrophie due à une névrite interstitielle ascendante ou descendante, on peut espérer que l'action vaso-dilatatrice bien connue de l'antipyrine aura un effet favorable sur le tissu connectif du nerf en voie de sclérose. Cette hypothèse a été vérifiée par les faits. Dans plusieurs cas d'atrophie optique rebelle à tous les traitements, l'acuité visuelle a été améliorée par un traitement prolongé à l'antipyrine. La vision rapprochée des petits objets augmente plus notablement que la vision à distance. Ceci tient à ce que le médicament n'influence qu'une partie des faisceaux nerveux, les autres étant trop dégénérés et ne pouvant réagir favorablement à l'excitation vasculaire produite par l'antipyrine. Celle-ci doit être administrée sous forme d'injections sous-cutanées à la dose de 1 à 2 gr., tous les deux jours, pendant un temps très long.

M. Ferrand présente un homme de 65 ans atteint d'*hémiplégie hystérique gauche* depuis cinq ans. Il est hypnotisable et présente une anesthésie sensitivo-sensorielle du côté paralysé.

M. Comby fait remarquer que les hémoptysies ourliennes sur lesquelles il a appeló l'attention, dans une précédente séance, ont été décrites avant-hier par M. J. Gailhard, dans sa thèse inaugurale.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 juin 1893. — Présidence de M. Périer.

M. Reynier revient sur la question de l'antisepsie urinaire. Il donne, quant à lui, la préférence au salol.

Sur une opération d'appendicite.

M. Reclus a reséqué l'appendice sur un homme de 32 ans, qui lui a été envoyé par M. le Dr Moulard-Martin. Cet homme avait eu 2 attaques antérieures d'appendicite ayant évoluées sans fièvre, sans phénomènes péritonéaux. La 3e attaque s'est passée de la même façon, ne présentant qu'une exagération des phénomènes douloureux, surtout en ce qui concerne les irradiations vers le membre inférieur. M. Reclus insiste sur plusieurs points : 1° le peu de valeur du traitement médical; 2° l'absence de fièvre dans de pareils cas où existe pourtant du pus collecté dans la fosse iliaque; 3° la fréquence de suppurations péri-appendiculaires sans perforations de l'appendice. Il s'agit peut-être là d'un de ces cas d'appendicites tuberculeuses que décrit M. Cornil.

M. Nelaton a toujours observé des phénomènes très aigus et très intenses dans les cas qu'il a eu à traiter. Ses opérés avaient rarement eu des coliques appendiculaires antérieures.

M. Lucas-Championière accorde une valeur réelle au traitement médical, qui donne souvent des guérisons.

M. Verneuil partage cet avis.

M. Routier a assisté à des débuts aigus d'appendicite, simulant l'obstruction intestinale ou l'indigestion. Deux de ses opérés n'avaient jamais eu d'attaques antérieures et succombèrent à la péritonite généralisée qu'ils avaient déjà avant l'intervention.

Aï douloureuse.

M. Larger lit une observation complète d'*aï douloureuse* de la gaine par lui décrite.

Résection de la saphène.

M. Isch-Wall a reséqué la saphène tout près de son embouchure dans plusieurs cas de phlébite du membre inférieur.

Fistule urétérale. Pyonéphrose-Hystérectomie.

M. Pecqué relate l'observation d'une femme chez qui il a pratiqué la néphrectomie pour pyonéphrose consécutive à une fistule urétérale à la suite d'une hystérectomie par morcellement.

Présentation de malades.

M. Kirmisson demande leur avis à ses collègues au sujet d'un enfant porteur d'une volumineuse tumeur du dos.

J. Dauriac.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 1er juin 1893. — Présidence de M. Salmon.

MM. Manouvrier et A. de Mortillet font, sur les *collections préhistoriques* du docteur Prunières, un rapport très documenté auquel ils rattachent des aperçus sur le préhistorique en général dans le département de la Lozère. C'est dans ce département surtout que les collections ont été recueillies. Elles représentent le fruit de 20 années d'études et ont eu pour objet surtout les dolmens. Le département de la Lozère est très pauvre en gisements paléolithiques, mais la période néolithique est, pour contre, bien représentée : par des hachettes en pierre polie, des andouillers de cerf; gaines en corne de cerf, vases, plaquettes en pierre polie, perles en os, valves marines, calcaires, jais, chiste, etc. Les collections comprennent également des objets de l'époque de bronze.

M. Sylvestre, en présentant des instruments appartenant aux *tribus sauvages ou demi-sauvages de l'Indo-Chine* trouve quelques indications etnhographiques sur les peuplades des Moïs, Muangs, Chaos, etc. qui habitent les contrées situées entre le Mékong et les fleuves du Tonkin. Dans des fouilles pratiquées au Tonkin, on a trouvé quelques instruments en cuivre ou en bronze d'autant plus intéressants que le cuivre est, aujourd'hui même, très rare dans ces pays. Les silex, par contre, y sont très abondants. Certains instruments, actuellement en usage, rappellent des formes anciennes: une faucille entre autres, et une herminette en fer du Cambodge, originaire du pays où les minerais de fer sont riches jusqu'à 70 0/0.

M. Arsène Dumont continue ses très importantes études sur la *démographie en France*. A propos de cinq sections de la commune d'Oléron, il a trouvé à la très forte proportion de la population des cheveux noirs et des yeux foncés avec, toutefois, un aspect général de race blonde. Lors d'une épidémie de suette qui éclata parmi la population, on vit la mortalité atteindre un degré très élevé dans quatre des sections de la commune, tandis que la cinquième en fut épargnée: or, dans cette section, la population est différente au point de vue anthropologique et porte les caractères de la race celtique. M. Dumont conclut que dans la classification et la subordination des caractères anthropologiques, il faut tenir compte, non seulement

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Fargas. — Embarazo extra-uterino ó Ectopico. Brochure in-8 de 27 pages, avec une planche hors texte. — Barcelona, 1893. — Chez l'auteur.

Fargas. — Anuario de la clinica. Ano primero. Volume in-8 de 84 pages, avec 13 planches hors texte. — Barcelona, 1892.

Francotte (X.). — Névroses convulsives et affaiblissement intellectuel. Brochure in-8 de 9 pages. — Gand, 1892. — Imprimerie Vanderhaeghen.

Francotte (X.). — Des injections sous-cutanées de phosphate de soude dans le traitement des maladies nerveuses. Brochure in-8 de 7 pages. — Liège, 1893. — Imprimerie A. Faust.

Grellety. — La cure de Vichy. Du moment le plus propice pour y suivre un traitement. Brochure in-8 de 24 pages. — Mâcon, 1893. — Protat frères.

Keen (W.-W.). — Tumor of the hard palate ; acute appendicitis ; perinephritic abcess. Brochure in-8 de 7 pages. — Philadelphia, 1893. — *International Clinics.*

Kopp (C.). — Ueber die Verwendung des Europhen (Is butylorthocresoljodid in der venereologischen Praxis. Brochure in-4 de 2 pages. — Munchen, 1893. — *Therapeutische Monatscheftc.*

Ladame (P.). — Note sur une observation de localisation corticale motrice avec autopsie. Brochure in-8 de 7 pages. — Genève, 1893. — Chez l'auteur.

Lardier. — L'intoxication alcoolique. Maladie endémique. Brochure in-8 de 24 pages. — Epinal, 1892. — Imprimerie H. Fricotel.

Lichtwitz (L.). — Contribution à l'étude de l'hydrorrhée nasale. Brochure in-8 de 24 pages. — Paris, 1893. — Librairie G. Masson.

Massaut (J.). — Un cas de folie du doute avec délire de toucher. Brochure in-8 de 4 pages. — Liège, 1892. — *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique.*

Middletown. — Twenty-second annual Report of the Middletown state Homeopathic Hospital. Volume in-8 de 209 pages. — Albany, 1893. — J.-B. Lyon.

Morice (G.). — Gynécologie et cure thermale. Brochure in-8 de 8 pages. — Clermont, 1893. — Imprimerie Daix frères.

Moyer (H.-N.). — Relation of Alcohol to the Inhibitions. Brochure in-8 de 6 pages. — Chicago, 1893. — Chez l'auteur.

Moyer (H.). — Alcoholic Insanity, as illustrated by the case of John Redmond. Brochure in-12 de 7 pages. — Chicago, 1893. — Chez l'auteur.

Moyer (H.). — Exophthalmos associated with Nephritis Brochure in-4 de 2 pages. — Chicago, 1893. — Chez l'auteur.

Neugebauer (F.-L.). — Zur Warnung beim Gebrauche von Scheidenpessarien. Brochure in-8 de 91 pages. — Leipzig, 1893. — Druck von Engelhardt.

Roth (A.). — Die Doppelbilder bei Augenmuskellähmungen in symmetrischer Anordnung. Tableau in-4. — Berlin, 1893. — Librairie Hirschwald.

Schlesinger (H.). — Ueber die Klinischen Erscheinungsformen der Syringomyelie. Brochure in-8 de 7 pages. — Leipzig, 1893. — Veit et Comp.

Tornu. — Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. Volume in-8 de 115 pages, avec 4 planches hors texte. — Bordeaux, 1893. — Imprimerie Ve Cadoret.

Trolard. — Les sinus et les veines des parois de la cavité rachidienne. Brochure in-8 de 16 pages, avec 5 figures hors texte. — Alger, 1893. — Imprimerie Casabianca.

Vuibert (H.). — Annuaire de la jeunesse : Moyens de s'instruire, choix d'une carrière. Volume in-18 cartonné de 967 pages. — Paris, 1893. — Nony et Cie.

Wernich und Wehmer. — Sechter gesammtbericht über das sanitats und Medicinalwesen in der Stadt Berlin während der Jahre 1889, 1890 und 1891. Mit einem Unhang betreffend die Stadt Charlottenburg. Volume in-8 de 328 pages. — Prix : 12 fr. 50. — Berlin, 1893. — Verlag Richard Schoetz.

Williams (R.). — The relative safety of ether and chloroform. Brochure in-8° de 5 pages. — Extrait du *Medical Chronicle.*

la couleur des cheveux et des yeux, mais encore des formes corps.

M. A. de Mortillet donne lecture d'une note de M. Emile hmidt sur les *grottes funéraires* découvertes à Livry, entre ims et Châlons, dans lesquelles ont été trouvés un certain mbre de squelettes.

Séance du 16 juin 1893. — Présidence de M. Salmon.

M. de Baye fait une communication sur le *gisement préstorique* de San Isidro.

M. Morau présente et commente des photographies de *hitiennes* et de types tahitiens métis.

M. Regnault donne communication de ses études sur les *fférentes façons de pratiquer la marche.* On sait que la tycnémie est très fréquente chez les tribus préhistoriques cette particularité est sans doute en rapport avec leur bitude probable de marcher en demi-flexion. MM. Manouvrier le capitaine Raoul ont, à des points de vues divers, étudié jà le mode comparé de la marche qui peut être en demixion ou en extension. La préférence à donner à l'un ou à utre mode a de l'intérêt et de l'importance surtout au point vue militaire. Le capitaine Raoul est arrivé, dans ses périences, à faire faire un kilomètre en 5 minutes et jusqu'à kilomètres en une heure et demie par la marche accélérée demi-flexion. Elle évite l'essoufflement au pas de gymnasue. Dans la course, l'essoufflement provient de ce que, à un mps donné, les deux pieds ont quitté le sol, d'où une série de tits sauts. Les tribus sauvages, celles de Ceylan entre autres, rchent en demi-flexion à une grande vitesse et cette marche rapproche de celle, glissante et rapide, du gorille par emple. Ce mode est beaucoup plus utile pour la grande esse que la marche d'extension, il occasionne également ins de fatigue musculaire et d'essoufflement. L'armée de les César admettait des troupes germaines suivant les cheix au galop en course en grande flexion. L'armée prussienne tique la marche d'extension avec la raideur proverbiale. nfanterie de marine française dresse ses troupes à marcher demi-flexion, mais jusqu'à présent on s'y refuse à l'école Joinville-le-Pont.

. Manouvrier cite le témoignage de M. Regalia qui a enu les meilleurs résultats avec la marche en demi-flexion pratiquent également les montagnards et les paysans, marnt lentement mais à grands pas et faisant beaucoup de chemin. aris, on marche en extension, à la campagne on fait de nc et de plus en plus à cause des habitudes rapportées du iment et de la soi-disant élégance qu'oublient les gens ssés, aux alentours des gares de chemin de fer par exemple.

. Sanson fait remarquer le rôle considérable que joue trainement et M. Duhousset rappelle les fresques anmes représentant des guerriers fantassins cramponnés à ueue des chevaux au galop. Les Numides et les Arabes iquaient ce genre de locomotion et M. Duhousset a pu même en éprouver les avantages plus considérables qu'on ourrait le croire au premier abord.

. Manouvrier décrit un *cerveau de jeune Fuégien* qu'il a tudier alors que le cadavre d'un individu de cette peuplade, t à Montmartre, lui eut été remis, non sans de multiples arches. Tandis que le cerveau d'un indigène des îles quises, étudié récemment, lui a montré une grande simté de structure au point de le faire qualifier de cerveau bécile à notre échelle, M. Manouvrier a trouvé au cerveau 'uégien un poids de 1.350 grammes, poids supérieur à la enne des enfants de races élevées. En outre, les circontions sont tout aussi flexueuses et plus nombreuses que d'un cerveau moyen d'Européen. Comme chez nous, du e, on remarque des irrégularités : ainsi le sillon de Rolando scissure de Sylvius communiquent et il y a des suppléances illons et de scissures. Ces suppléances sont, en général, uentes dans tous les cerveaux et s'exercent le plus souvent e parties voisines. On n'a fait jusqu'à présent que 2 obsers de cerveaux de Fuégiens, en Allemagne. Ajoutons qu'à ort du petit Sud-Américain, la mère fit preuve d'une de douleur, gémissant toute la nuit, et le père ainsi que ompagnons enlevèrent les cordes de leurs arcs.

M. A. de Mortillet résume une communication sur un *monument mégalithique* de Fontaine (Loir-et-Cher).

M. Mahoudeau présente des armes du Loango : bouclier en cuir, sagaies, hache et stylets d'un type intéressant.

M. Laborde rend hommage aux qualités de savant et de bienfaiteur du docteur Delasiauve, un des 19 membres fondateurs de la Société d'Anthropologie et un des 4 derniers survivants de ce noyau d'initiative. Il rappelle ses nombreux et importants travaux, son attachement à l'œuvre de la Société et les qualités éminentes de l'homme privé. (Applaudissements). G. Capus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 15 juin. — Présidence de M. de Beauvais.

Du formulaire des médicaments actifs.

M. Bardet. — La médecine de l'avenir est certainement celle qui utilisera les principes actifs des plantes, alcaloïdes ou glucosides, mais bien des causes viennent empêcher aujourd'hui le praticien de se servir de ces produits. Ce sont : 1° le grand nombre de composés semblables qui encombrent les formulaires; 2° l'incohérence des prescriptions du Codex au sujet des alcaloïdes qui doivent être délivrés par le pharmacien. On a essayé tous les alcaloïdes des plantes, mais, en réalité, quelques-uns seulement sont utiles, les autres représentent des isomères ou des corps indéfinis, qui sont inutiles, s'ils ont des propriétés identiques, dangereux, s'ils ne sont pas purs, car ils apportent des idées erronées capables de jeter le trouble. Le mieux est donc de ne conserver dans la thérapeutique qu'un petit nombre de corps bien connus au point de vue chimique, faciles à obtenir purs, bien étudiés au point de vue clinique. L'admission au Codex des corps *amorphes* est très dangereux. En effet, Adrian a démontré que tous les alcaloïdes cristallisés possèdent à côté d'eux, dans les plantes, des isomères *incristallisables.* Ces dérivés sont *amorphes*, mais ils sont aussi actifs que les corps cristallisés, dont ils ne diffèrent que par un état moléculaire spécial. Or, la notion des *alcaloïdes amorphes* implique un danger, car dans l'esprit des rédacteurs du Codex, les produits amorphes sont moins actifs que les corps cristallisés. D'autre part, sous ce nom d'amorphe, le commerce délivre des produits très infidèles et très variables dans leur activité. Il faut donc que le Codex et les praticiens renoncent à l'emploi des principes amorphes, pour n'admettre que des produits cristallisés bien définis. Pour être plus assuré encore de la valeur des produits actifs le Codex devrait exiger le *titrage physiologique* des médicaments actifs. Ce procédé, parfaitement applicable, pourrait seul donner une garantie dans la délivrance des alcaloïdes. Tant que ces diverses mesures n'auront pas été appliquées, on aura à craindre des accidents, comme il en arrive encore trop souvent, dus à l'incohérence des règlements qui régissent la pharmacopée au sujet de ces produits dangereux.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Séance du 15 juin 1893. — Pésidence de M. d'Arsonval.

M. Bonnefin. — Les résultats obtenus par M. Oudin avec les courants alternatifs s'obtiennent par la faradisation. L'appareil de M. d'Arsonval produit peut-être moins de douleur. Mais avec la faradisation, un lumbago récent doit guérir en une séance. La théorie de la rupture musculaire n'est pas confirmée par les faits, les points douloureux étant toujours les mêmes.

M. Lacaille a observé les mêmes effets. Mais avec l'appareil de M. d'Arsonval la suppression de la douleur est merveilleuse.

M. d'Arsonval. — M. Oudin n'a pas fait de comparaison, mais on peut invoquer en faveur des courants alternatifs la suppression de la douleur. Pourquoi n'y aurait-il pas rupture musculaire?

M. Bonnefin. — Il n'y a pas d'ecchymose.

M. Weiss communique les méthodes qu'il a employées pour la *mesure des résistances électriques du corps humain* et le résultat de ses recherches. En opérant sur les membres ou

sur le tronc, la plus grande partie de la résistance se trouve dans la peau. C'est aussi dans la peau, aux points de contact des électrodes, que se trouvent les causes de variation de résistance. En opérant sur les bras par exemple, la bande d'Esmark ne suffit pas pour éviter les variations de résistance qui accompagnent les variations de température des électrodes. Il semble en résulter que ces variations dépendent d'autres causes que la circulation; des recherches ultérieures pourront peut-être élucider ce point. Des mesures nombreuses font voir que, dans les conditions indiquées, la résistance varie dans les mêmes limites, sur un même individu, que d'une personne à l'autre; cependant la résistance moyenne des femmes est un peu plus élevée que celle des hommes. De plus, le corps humain est rarement sym t.ique et le plus souvent la résistance du bras gauche l'emporte sur celle du bras droit.

M. d'Arsonval. — Le point intéressant que M. Weiss nous montre bien, c'est que la résistance se passe surtout au niveau de la peau. Mes expériences ont montré que la bande d'Esmark ne produit pas l'anémie complète du membre. Par le procédé de Marey, on peut obtenir une anémie complète.

M. Sollier prend, depuis plusieurs années, la résistance des malades atteints de dépression psychique ou de mélancolie au thorax et aux tempes. Il a constaté une différence entre les résistances présentées à ces deux points. Dans une note publiée antérieurement, il a montré que la résistance chez les mélancoliques est très augmentée. Elle a été de 1.000 à 1.100 ohms. En répétant l'expérience de Brown-Séquard et Tholozan on voit, en plongeant le bras dans un appareil réfrigérant, un abaissement de température se produire du côté opposé et cependant il n'y a pas modification du calibre des vaisseaux. Il s'agit là probablement d'un phénomène réflexe qui modifie probablement la température des cellules.

M. Tripier demande quels sont les tampons dont se sert l'orateur.

M. Sollier. — Ce sont des tempons de charbon.

M. Tripier. — J'ai vu sous ce rapport de grandes variations tenant à un défaut dans la soudure du métal avec le charbon. De ce fait j'ai vu des piles ne pas donner de déviation parce que toute la résistance était dans l'électrode.

M. Sollier fait ses expériences depuis trois ans. Il a eu des charbons différents et cependant il n'a pas constaté de variations importantes. Il cherche toujours le moment où la résistance diminue, cela coincide généralement avec une amélioration.

M. Weiss demande si M. Sollier a pris les résistances à quelques minutes d'intervalle. Il y a alors quelquefois des différences considérables.

M. Sollier a constaté que quand il change le courant, certaines malades arrivent au maximum tolérable plus rapidement. Il ne sait pas à quoi tiennent ces variations.

M. Weiss. — Cela tient à l'état de la peau.

M. Tripier. — La résistance diminue après la faradisation.

M. Grant. — Et après la franklinisation.

M. Weiss. — Chez les malades atteints de maladie de Basedow, quand on mesure la résistance sur les mains, on ne trouve pas de différence, on en trouve un niveau de la lésion.

M. Tripier. — L'influence du vent d'Est augmente la résistance.

M. Bonnefin. — Il faudrait que les points d'introduction soient isolés.

M. d'Arsonval. — On peut employer pour cela, comme électrode, des cloches de verre fermées par une membrane réunie à un fil à travers la cloche par un charbon.

M. Tripier. — Ces électrodes ne sont pas pratiques dans la pratique.

M. Labbé fait une communication sur l'*action de l'électrode négative intra-utérine dans l'aménorrhée*. Il a appliqué l'excitation intra-utérine négative d'un courant continu dans trois cas : Dans le premier il s'agissait d'une aménorrhée par pléthore ; dans le second d'une aménorrhée par asthénie des organes génitaux; dans l[e] troisième, d'une aménorrhée chlorotique. Il a obtenu de bons résultats dans ces trois cas. Il pense qu'ils sont dus à l'action dynamique générale de l'électricité et à l'action spécialement congestive du pôle négatif.

M. Tripier conteste les propriétés emménagogues du pôle négatif. On aurait dû d'abord essayer la faradisation à laque[lle] l'aménorrhée résiste rarement.

M. Labbé n'a pas employé la faradisation, parce qu'elle [est] douloureuse.

M. Tripier. — La faradisation bien employée n'est pas do[u]loureuse.

M. Bonnefin. — En mettant les tampons sur les de[ux] ovaires et en faisant passer un courant très doux, on fait t[rès] bien venir les règles en deux ou trois séances. L.-R. Ré[g]ni[er].

CORRESPONDANCE

Les Congrès de l'Exposition de Chicago.

Washington, 7 juin 1893.

Dans un précédent numéro (1) j'ai publié une liste des pri[n]cipaux Congrès qui ont eu lieu déjà où vont avoir lieu so[us] peu à Chicago, à l'occasion de l'Exposition Colombienne. Vo[ici] aujourd'hui des détails plus circonstanciés sur les plus impo[r]tants d'entre eux, en ce qui concerne les sciences biologique[s] je les dois à l'obligeance de M. Harris, commissaire de l'éd[u]cation des Etats-Unis, que j'ai eu l'occasion de voir ces jou[rs] derniers à Washington et dont, en quelques instants, j'ai [pu] apprécier toute l'amabilité. Je profite de cette occasion pour remercier publiquement de l'empressement avec lequel i[l a] bien voulu me communiquer les renseignements dont j'av[ais] besoin.

En mai dernier se sont tenus trois Congrès, le *Woma[n's] Progress*, dont les travaux ont commencé le 15 mai ; le *Pub[lic] Press*, qui a eu lieu le 22 mai ; et enfin le *Congrès de Mé[de]cine et de Chirurgie*, dont le début était indiqué pour le [2]2 m[ai]. Pour ce qui a trait à ce dernier, des données suffisantes ne [me] sont pas encore parvenues ; aussi bien y reviendrai-je da[ns] une prochaine lettre.

Les réunions projetées pour le mois de juin sont les s[ui]vantes : *Tempérance* (5 juin) ; *Morale et réformes socia[les]* (12 juin) ; *Finance et commerce* (19 juin).

Rien à signaler pour le mois de juillet en ce qui nous c[on]cerne (2). Mais, en août, le 21, commenceront les travaux [du] *Congrès de science pure (science et philosophie)*. Ce n['est] qu'en octobre (le 10) qu'auront lieu les *Congrès de la sa[nté] publique (Public Healht)*.

A. — Le *Progress of Various* comprenait les divisions [ci-]dessous : 1° Education ; 2° Industrie ; 3° Littérature et a[rt] ; 4° Morale et réformes sociales ; 5° Philanthropie et char[ité] ; 6° Droit civil et constitutionnel ; 7° Religion.

B. — Il n'est pas sans intérêt d'ajouter que le *Public P[ress]* était aussi divisé en 3 catégories : 1° The General Congress [of] the Public Press ; 2° The Congress of the Religious Press ; 3° The Congress of Trade Journals.

C. — J'ai l'intention de donner ultérieurement un rap[ide] aperçu des principales opérations des *Congrès de Médecin[e et] de Chirurgie* ; mais, dès aujourd'hui, il m'est facile d'indiq[uer] quelles sont les subdivisions adoptées pour ce Congrès et p[our] celles des autres réunions qui intéressent tout spécialem[ent] les médecins, à savoir les Congrès de la *Science pure* et d[e la] *Santé publique*. J'ajoute enfin que le *Dental Congress* (C[on]grès dentaire) rentre dans *The Congress of the Gen[eral] Departement*, qui commencera le 14 août, de même qu[e le] *Congrès de Médecine légale* (Congress of Medical Ju[ris]prudence).

J'avoue ne pas bien saisir la nécessité de pareilles cla[ssifi]cations. Il faut cependant, là comme ailleurs, passer a[bso]lument par les habitudes américaines, car l'Américain en[tend] rester le maître chez lui. C'est son droit incontestable [mais] le voyageur en a un autre non moins indiscutable. Au [...] de juger.

Le merveilleux pays, dont je suis heureux d'être l'hôt[e, re]çoit princièrement les hommes de science, mais à con[...]

(1) Voir *Prog. méd.*, p. 00, 1893.

(2) Sauf peut-être *The Congress of the departeme[nt of] Education*.

dépendent des troubles qui naissent dans les organes de l'économie sous l'influence d'une irrigation sanguine modifiée et des perturbations dans la physiologie du muscle cardiaque lui-même (modifications du rythme, imminence de la dilatation cardiaque et d'accidents angineux). La cardio-sclérose n'est pas toujours une maladie diffuse étendue à tout le muscle cardiaque. Créée par l'oblitération plus ou moins complète d'un territoire vasculaire, elle comporte des localisations myocardiques; suivant la tolérance ou l'intolérance de la région atteinte, suivant sa richesse en filets ou en amas ganglionnaires nerveux, on peut observer des accidents variables légers ou graves, suivant le siège et l'étendue de la lésion.

Après l'étude de la cardio-sclérose, l'auteur consacre plusieurs chapitres à la description de l'aortite aiguë ou chronique et des deux grands symptômes auxquels elle donne naissance : l'angine de poitrine et l'œdème aigu du poumon.

Le traité de M. Huchard contient donc une bonne part de l'histoire de l'artério-sclérose.

Au point de vue de l'origine du tissu conjonctif qui apparaît dans le cœur et détruit peu à peu les fibres musculaires, l'auteur se range à la théorie de la sclérose dystrophique : lorsque le liquide sanguin en circulation dans les organes est insuffisant comme quantité et qualité, les éléments nobles des tissus disparaissent devant l'envahissement du tissu conjonctif.

Les belles découvertes de Metchnikoff sur la phagocytose nous ont montré que les cellules dites phagocytes, c'est-à-dire certains globules blancs, certaines cellules amiboïdes du tissu conjonctif, les endothéliums vasculaires, les protoplasmes munis de noyaux qui forment la charpente de la cellule musculaire et de la cellule des nerfs sont capables d'absorber et de détruire les éléments des tissus, lorsque ceux-ci pour une raison quelconque ont perdu de leur vitalité. Les observations de Metchnikoff pourraient être poursuivies dans le muscle cardiaque en voie d'évolution fibreuse ; elles permettraient peut-être de saisir les premières phases de la sclérose dite dystrophique.

Le traité de M. Huchard ne peut être apprécié dans la courte analyse qu'on vient de lire. Il représente un progrès marqué dans l'étude de la pathologie cardiaque, telle que l'enseignaient les livres classiques. Il a valu à son auteur des éloges parfaitement mérités. A. CHANTEMESSE.

VARIA

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 26. — Examens ayant lieu à 9 h. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Guebhard, Fauconnier. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Blanchard, Weiss. — (3e *série*) : MM. Lutz, Hanriot, Villejean. — Examens ayant lieu à 1 h. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gautier, Guebhard, Heim. — (2e *série*) : MM. Lutz, Weiss, André. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Ricard, Varnier. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Dejerine, Gaucher.

MARDI 27. — Examens ayant lieu à 9 h. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Lutz, Guebhard. — (2e *série*) : MM. Gariel, Blanchard, Villejean. — Examens ayant lieu à 1 h. — 1er *de Doctorat* : MM. Pouchet, Weiss, Heim. — 2e *Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Quénu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tarnier, Schwartz, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Letulle, Gley. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Duplay, Le Dentu, Brun. — (2e *série*) : MM. Panas, Guyon, Nélaton. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Dieulafoy, Roger.

MERCREDI 28. — Examens ayant lieu à 9 h. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gariel, Blanchard, Fauconnier. — (2e *série*) : MM. Baillon, Hanriot, Weiss. — (3e *série*) : MM. Gautier, Lutz, Guebhard. — Examens ayant lieu à 1 h. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gariel, Blanchard, André. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Lutz, Heim. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

JEUDI 29. — Examens ayant lieu à 9 h. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Hanriot, Guebhard. — (2e *série*) : MM. Gautier, Blanchard, Weiss. — Examens ayant lieu à 1 h. — 1er *de Doctorat*. MM. Gariel, Heim, André. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Le Fort, Rémy, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Proust, Ballet.

VENDREDI 30. — Examens ayant lieu à 9 h. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Baillon, Weiss, André. — (2e *série*) : MM. G[illegible], Lutz, Fauconnier. — (3e *série*) : MM. Pouchet, Blanchard, Guebhard. — Examens ayant lieu à 9 h. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Gautier, Guebhard, Heim. — (2e *série*) : MM. Gariel, Hanriot, Fauconnier. — 4e *de Doctorat* : MM. Straus, Joffroy, Marie. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Terrier, Reynier, Delbet. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Potain, Chauffard, Gaucher. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité. (2e *série*) : MM. Hayem, Dejerine, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

SAMEDI 1er. — Examens ayant lieu à 9 h. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Pouchet, Blanchard, Weiss. — (2e *série*) : MM. Baillon, Lutz, Guebhard. — Examens ayant lieu à 1 h. — 1er *de Doctorat* : MM. Gariel, Hanriot, Heim. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Dieulafoy, Debove, Charrin. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Panas, Brun, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Laboulbène, Ménétrier, Marfan. — (2e *série*) : MM. Cornil, Ballet, Letulle. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 28. — M. Boutan. Cystostomie sus-pubienne. — M. M. Kaminer. Essai sur le cancer de l'isthme de l'utérus. — M. Guillemain. Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou chez l'enfant.

JEUDI 29. — M. Claisse. Les infections bronchiques. — M. Saucier. Essai sur le traitement médical des salpingites. — M. Gallier. Des diverses modes d'emploi de la digitale dans les affections du cœur. — M. Ehrhardt. De la polyurie hystérique. — M. Lecoq. Contribution à l'étude de la péritonite à pneumocoques chez l'enfant. — M. Gallet-Duplessis. De la synphyséotomie chez l'homme. — M. Joncheray. De l'ostéite déformante. (Maladie osseuse de Paget). — M. Flamm. Contribution à l'étude du traitement de certaines affections des voies digestives. — M. Baley. Des symptômes prodromiques de l'éclampsie et de leur traitement par le régime lacté. — M. Fremin. Anomalie du troisième temps de l'accouchement. Conduite à tenir. — M. Girard. Quelques considérations sur l'ostéomyélite aiguë de la hanche.

NÉCROLOGIE.

Emile VIDAL.

M. le Dr E. VIDAL a succombé, le 16 juin, à une infection par staphylocoques contre laquelle il luttait depuis près de trois mois. Né à Paris le 18 juin 1825, Émile Vidal était fils de médecin : il commença, à Tours, ses études médicales, et il fut interne à l'hospice général de cette ville, puis il revint à Paris, où il fut successivement nommé externe des hôpitaux en 1848, et interne en 1850. Elève de Michon, de Vgla, de Blache, il acquiert auprès de ces maîtres les qualités de clinicien qui se manifestent dans sa thèse de doctorat soutenue en 1855, sur le rhumatisme articulaire chronique primitif. En 1861, il est nommé médecin des hôpitaux : après un court séjour à la maison Dubois, à l'hôpital des Enfants-Malades, M. Vidal passe en 1867 à l'hôpital Saint-Louis. C'est en allant prendre possession de son service à cet hôpital, le 1er janvier, qu'il fut victime d'un terrible accident de voiture dont il fut plusieurs années à se remettre. Il ne quitta Saint-Louis qu'atteint par la limite d'âge, le 1er janvier 1891. L'étude des affections cutanées et syphilitiques l'intéressait, en effet, tout particulièrement et il a laissé à l'hôpital Saint-Louis une trace brillante et durable de son passage. Déjà, en 1860, M. Vidal avait soutenu sur la syphilis congénitale une remarquable thèse d'agrégation. En 1870, nous le trouvons à la tête d'une ambulance au Palais de l'Industrie et en récompense de ses services il est nommé chevalier de la Légion d'honneur. En 1883, ses travaux scientifiques lui valurent la croix d'officier : la même année, il succède à Davaine à l'Académie de médecine, dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. Comme l'étude de la dermatologie, celle de la thérapeutique passionnait M. Vidal et les progrès qu'il fit faire à cette branche des sciences médicales sont connus de tous. Je rappelerai seulement quelques médications qui sont aujourd'hui courantes et qui portent le nom de leur auteur : le traitement du lupus et de quelques autres dermatoses par les scarifications linéaires ; le traitement de la pelade par le vésicatoire liquide que M. Vidal avait fait préparer par M. Bidet, le sparadrap au mi-

d'admirer sans réserve. Je ne puis pourtant pas trouver que tout est pour le mieux aux pays transatlantiques et je demande qu'on ne m'en veuille pas trop de mes libres appréciations. J'espère que, dans cette belle contrée où l'ÉGALITÉ devant la loi n'est pas un vain mot, on comprendra que je tienne à garder ce à quoi je suis par-dessus tout attaché : la liberté de parler et d'écrire !

Voici les subdivisions admises : a) par *The Congress of the Departement of Medicine :*

1° *Congrès de médecine et de chirurgie homéopathique* ;
2° *Congrès de médecine éclectique et de chirurgie* (1);
3° *Congrès de climatologie médicale.*

b) par *The Congress of the Departement of Science and Philosophie* : 1° Astronomie; — 2° Anthropologie (2); — 3° Chimie ; — 4° Electricité; — 5° Géologie; — 6° Ethnologie indienne; — 7° Météréologie; — 8° Pharmacie; — 9° Philosophie; — 10° Recherches psychiques; — 11° Zoologie.

c) par *The Congress on Public Health :* 1° Législation sanitaire ; — 2° Juridiction et autorités sanitaires ; — 3° Prévention, contrôle et atténuation des maladies contagieuses et épidémiques ; — 4° Inspection des aliments et divers, etc. (3).

On voit que tout cela est suffisamment compliqué. Mais, encore une fois, répétons que ces classifications s'expliquent par les habitudes d'un pays où la centralisation n'existe pas et où toute organisation sur une échelle assez vaste est loin d'être facile. On vient d'ailleurs de s'en apercevoir par la *Columbian Exhibition* proprement dite..., mais n'insistons pas. Les vieilles Sociétés ont parfois du bon, tout au moins en fait d'exposition.

Veuillez agréer, etc. Marcel BAUDOUIN.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux ; par H. HUCHARD (2e édition).

Cette seconde édition du traité de M. Huchard diffère notablement de la première. Plusieurs leçons ont été ajoutées, d'autres supprimées ; le remaniement a été assez profond pour qu'on puisse considérer comme une œuvre nouvelle le livre offert au lecteur.

La première édition a été épuisée en quelques mois ; la seconde ne pourra jouir d'une faveur moindre.

L'intérêt de ce volume est commandé par l'idée qui anime chaque page et lui donne le charme et la vigueur d'un plaidoyer. L'ouvrage n'est pas l'exposé didactique et froid d'un chapitre de pathologie, c'est la défense d'une thèse où sont habilement mis en relief tous les faits qui, de près ou de loin, concourent à édifier et à soutenir une doctrine.

La physiologie pathologique, la clinique, l'anatomie pathologique et la thérapeutique fournissent successivement les arguments que l'auteur présente et fait valoir sous toutes leurs faces. Aussi la lecture de ces vingt-huit leçons est-elle fort intéressante et instructive. On sait quelle est la doctrine de M. Huchard. A vrai dire et sans diminuer en rien son grand mérite, la théorie qu'expose le médecin de Bichat a déjà eu des parrains illustres, Gullet Sutton et d'autres encore. Cependant, personne mieux que lui n'avait envisagé avec plus d'étendue et de pénétration les causes et toutes les conséquences de l'altération progressive des vaisseaux étudiées dans l'arbre circulatoire ou dans les viscères, le cœur, le rein, le poumon, le cerveau, etc. Le livre est donc l'exposé de l'artério-sclérose, poursuivie plus particulièrement dans ses localisations cardiaques et aortiques. Sur trois ordres de faits repose la base de l'argumentation : les recherches anatomiques, où l'auteur invoque comme cause principale de la sclérose cardiaque la dystrophie consécutive à l'endartérite coronaire ; les résultats thérapeutiques, où la curabilité des cardiopathies artérielles est envisagée comme un corollaire de la curabilité de l'angine coronarienne ; enfin les faits cliniques qui établissent le diagnostic précoce et la symptomatologie des scléroses artérielle et cardiaque dès leur première période.

Les causes de la sclérose des vaisseaux et du cœur, l'auteur les reconnait multiples ; il étudie le rôle des diathèses des intoxications, goutte, saturnisme, tabagisme, etc., des maladies infectieuses ; d'après lui, toute cette étiologie variée aboutit à une pathogénie commune : l'augmentation de la pression artérielle. L'hypertension, résultat du spasme permanent ou intermittent des vaisseaux, produirait directement l'altération conjonctive et graisseuse des parois vasculaires. Cette affirmation, sur laquelle l'auteur revient souvent, ne passera pas sans doute sans soulever de critique. On objectera que le spasme des vaisseaux et l'hypertension consécutive sont non la cause mais l'effet de l'irritation des vaisseaux dans lesquels circule un sang chargé de toxines diverses, puisées dans les sécrétions de nos microbes, commensaux ou pathogènes, dans une nutrition altérée par une mauvaise hygiène, dans une intoxication, alcool, plomb, tabac, etc. L'irritation vasculaire provoquerait d'abord le spasme, lequel serait d'ordre réflexe et ensuite, la cause persistant, elle entraînerait l'altération des parois.

Quelle que soit d'ailleurs l'explication pathogénique que l'on adopte, la formule thérapeutique de l'auteur pour le traitement de la première période de l'artério-sclérose ne sera rejetée par personne. Elle consiste dans la suppression des causes d'altération sanguine. Le régime et l'hygiène doivent, à cette période de la maladie, faire tous les frais de la médication. Plus tard, lorsque, la maladie évoluant, la sclérose artérielle devient plus manifeste, au régime et à l'hygiène M. Huchard prescrit d'ajouter l'usage des iodures et de tous les médicaments qui agissent sur la contractilité et la tension artérielle et modifient la structure des parois. Ainsi peut être prévenue dans une large mesure la sclérose viscérale consécutive à l'insuffisante irrigation des organes.

Dans le muscle cardiaque, l'évolution de la dégénérescence conjonctive offre trois périodes successives ; elle infiltre d'abord les parois artérielles, ensuite la fibre musculaire et enfin les valvules elles-mêmes ; elle aboutit en dernier lieu à créer le tableau clinique des affections mitrales mal compensées avec la lésion anatomique de la dilatation des cavités cardiaques et des orifices auriculo-ventriculaires. La cardiopathie artérielle a donc son autonomie caractérisée dès le début par l'hypertension sanguine ; à ce point de vue elle mérite d'être opposée à la cardiopathie valvulaire qui commence par des lésions d'insuffisance ou de rétrécissement et présente d'ordinaire comme caractère clinique principal une tendance à l'hypotension artérielle.

« Différentes des cardiopathies valvulaires par leur étiologie, par leur pathogénie, par leur processus anatomique, par leurs indications thérapeutiques, les cardiopathies artérielles ont une physionomie clinique tout à fait spéciale :

« Elles sont latentes dans leur évolution, insidieuses dans leur début, paroxystiques dans leur marche, accidentées et saccadées dans leurs allures, compliquées et variables dans leurs manifestations viscérales, soudaines et brutales dans leurs explosions asystoliques.

« Elles présentent des physionomies diverses : d'où les formes *douloureuse, arythmique* et *tachycardique, myo-valvulaire, cardiectasique* ou *asystolique.*

« Ces formes cliniques résultent de la prédominance de quelques symptômes ; il en est d'autres qui, dues à l'association fréquente de l'artério-sclérose d'autres organes à celle du cœur, se divisent en : *cardio-rénale, cardio-hépatique, cardio-pulmonaire* et *cardio-bulbaire.* »

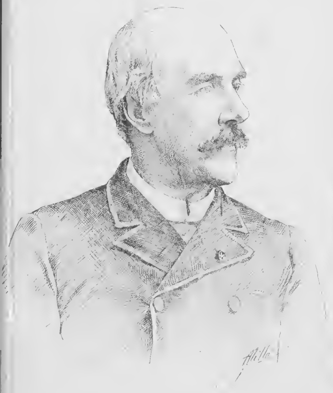
Dans ces quelques lignes est résumée la doctrine soutenue par M. Huchard. Plusieurs chapitres de son livre sont consacrés à l'analyse minutieuse des divers symptômes des cardiopathies artérielles. Ces symptômes ont des origines multiples ; ils

(1) Il ne faut pas s'étonner de trouver ici l'indication d'une assemblée de ce genre. Aux Etats-Unis, il n'y a pas de séance officielle ; et d'ailleurs, en 1889, à Paris, n'en avions-nous pas autant ?

(2) Ce Congrès vient d'être déplacé et rattaché aux *Congrès des sciences sociales et économiques* (28 août).

(3) Le Congrès de chirurgie vétérinaire et le Congrès des problemes alimentaires rentrent dans le Congrès des départements de l'agriculture.

ium et au cinabre connu sous le nom d'emplâtre rouge de idal et qui rend en thérapeutique cutanée de si grands serices ; le traitement de la lèpre par l'huile de chaulmoogra, lui des cancroïdes de la face par le chlorate de potasse, etc. . Vidal avait l'esprit le plus ouvert et, malgré ses multiples cupations, il sut toujours se tenir à la tête du mouvement ientifique qu'à maintes reprises, il eut à diriger. On se rapelle les luttes qu'il soutint sur la nature et le traitement du pus, sur la contagiosité de la lèpre, par exemple. Lorsqu'il oyait une idée juste, il la défendait avec une conviction et ne ardeur qui lui gagnaient ses contradicteurs et lui attiraient sympathie de tous les assistants. A tous les congrès, Londres, urin, Genève, Paris, et tout récemment au Congrès de Vienne, I. Vidal était parmi les orateurs les plus écoutés, les plus



Émile Vidal.

applaudis, les plus désirés. Ce qui le caractérisait, c'était une sureté de diagnostic extraordinaire et elle ne l'abandonna malheureusement pas dans sa dernière maladie, où il diagnostiqua le premier, la complication qui devait l'emporter. Cette précision de diagnostic, ses brillantes qualités d'homme du monde, sa parfaite courtoisie, attirèrent de bonne heure, à I. Vidal, la clientèle la plus nombreuse et la plus choisie. ravailleur infatigable, rien de ce qui ressortissait à l'étude les maladies de la peau ne lui était étranger et plusieurs de ses ravaux sur l'anatomie pathologique, la bactériologie, l'étioogie, la thérapeutique des affections cutanées sont aujourd'hui classiques C'est dans son enseignement à l'hôpital Saint-Louis, dans ses leçons au lit du malade ou à l'amphithéâtre ue l'on pouvait apprécier la haute intelligence de M. Vidal, on activité qui lui permettait de travailler, ces jours derniers ncore, à ce traité de dermatologie qu'il laisse inachevé ; son mour du progrès. qui le firent appeler aux plus hautes fonctions ans les nombreuses Sociétés dont il faisait partie, dans cette ociété de dermatologie, notamment, dont il était fondateur et ont il meurt président. Mais ce que ne pouvaient connaître eux qui ne vivaient pas dans l'intimité de M. Vidal, et ce que ai le devoir de rappeler, c'était, sous des dehors qui pouvaient arfois sembler un peu vifs, son exquise sensibilité et sa rande bonté. Le public médical dira: la science et la dermalogie française perdent l'un de leurs adeptes les plus disngués; nous, ses malades, ses amis, ses élèves nous dirons ous perdons un homme de bien, un ami dévoué et généreux.

Paul Raymond.

M. Vidal a beaucoup écrit. Voici la liste de ses principaux travaux en dehors de ses articles du *Dictionnaire encyclopédique* (acrodyme, amygdales, convulsions, rectum), et de ses leçons recueillies par ses élèves et publiées dans différents périodiques (pelade, épithéliome de la peau, syphilides cutanées, eczéma marginé, pityriasis, urticaire, lichen, couperose, clou de Biskra, etc.): *Trait. du lupus par les scarifications linéaires* (*Ac. de méd.*, 1879); *Trait. du prolapsus rectal par les injections d'ergotine* (*Ac. de méd.*, 1877); *Trait. du chancre simple et phagédénique par l'acide pyrogallique* (*Bul. Soc. thérapeutique*, 1880); *Trait. des chéloïdes par les scarifications quadrillées* (*Soc. chirurgie*, 1881); *Trait. chirurgical de quelques maladies de la peau* (*France méd.* 1881) ; *Tuberculose cutanée* (*Annales de Dermat.*, 1882); *Pityriasis circiné et marginé* (Congrès de Londres, 1881); *Anat. pathol. de la dermat. exfoliatrice généralisée* (*Soc. des hôpitaux*, 1882); *Pityriasis pilaire de Devergie* (*Soc. de biologie*, 1882); *Inoculabilité des pustules d'ecthyma* (*Annales de Dermatol.*, 1871); *Inoculation sur l'adulte des bulles de pemphigus des nouveau-nés* (*Soc. de biologie*, 1876); *Lèpre* (*Soc. des hôpitaux*, 1875); *Contagiosité de la lèpre* (*Ac. de méd.*, 1887-88); *Inspectorat des eaux minérales* (*Ac. de méd.*, 1887); *Anat. pathol. du molluscum contagiosum* (*Soc. de biologie*, 1877); Nombreux travaux d'hygiène in *Revue d'hygiène*, etc., etc. P. R.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 11 juin 1893 au samedi 17 juin 1893, les naissances ont été au nombre de 1253 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 480; illégitimes, 159, Total, 639. — *Sexe féminin* : légitimes, 443 ; illégitimes, 171, Total, 614.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.225,910 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 11 juin 1893 au samedi 17 juin 1893, les décès ont été au nombre de 1018 savoir: 527 hommes et 491 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 4, T. 6. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M 4 F. 2, T. 6. — Rougeole : M. 19, F. 28. T 47. Scarlatine : M 3, F. 5, T. 8. — Coqueluche : M. 5, F. 6, T. 11 — Diphtérie, Croup : M. 16, F. 6, T. 22. — Grippe : M. 0, F. 0. T. 0 — Phtisie pulmonaire : M. 118, F. 75, T 193 — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 9. T. 19. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 2. T. 11 — Tumeurs bénignes : M. 1. F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 24. F. 36, T. 60. — Méningite simple : M. 14, F. 15, T. 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 21, T. 44. — Paralysie, M. 3. F. 2, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 3 F. 3, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 25, T. 46. — Bronchite aiguë : M. 11, F 9, T. 20 — Bronchite chronique, M. 8, F. 7, T. 15. — Broncho-Pneumonie : M. 20 F. 15. T. 35. — Pneumonie : M. 21, F. 22, T. 43. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 19, F. 20, T. 39. — Gastro-entérite, biberon M. 33 F. 42, T. 75 — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 6, T. 8 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0. F. 4, T. 4 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4 — Débilité congénitale : M. 17. F. 9, T. 16 — Sénilité : M. 10. F. 14. T. 24. — Suicides : M. 15, F. 5, T. 20 — Autres morts violentes : M. 15. F. 5, T. 20. — Autres causes de mort : M. 84, F. 77, T. 161. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 5. T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 84, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 14. Total: 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 27, illégitimes, 7. Total: 34.

Académie de médecine. — Est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine de M. le Dr Debove pour remplir la place d'académicien titulaire devenue vacante dans la section de thérapeutique et histoire médicale par suite du décès de M. Desnos.

Faculté de médecine de Paris. — M. Lafilliatre (Gustave-Clément), bachelier ès sciences et ès lettres, est nommé, à partir du 1er juin et jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-93, aide du laboratoire de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Champion.

Faculté de médecine de Lyon. — 1° Un concours s'ouvrira le 18 décembre 1893 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant des [illegible] de pathologie et de clinique [illegible] à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Grenoble. 2° Un concours [illegible] le 18 décembre 1893 devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, pour l'emploi de chef

des travaux anatomiques et physiologiques à la dite Eco e. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture des dits concours.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Dutilleul (Georges-Alphonse-Joseph), docteur en médecine, est maintenu pour un an, à partir du 1er janvier 1894, dans les fonctions de chef de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

Enseignement populaire supérieur. — *Cours d'hygiène sociale.* — Professeur : M. le Dr A.-J. Martin. La conférence pratique du dimanche 25 juin 1893 aura lieu aux Catacombes de Paris, Place Denfert-Rochereau, à 9 heures et demie très précises du matin.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — *Classement général* et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en pharmacie pour l'année 1893-1894. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1893-1894. En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au chef-lieu de l'administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3, savoir : A MM. les internes de 2e, 3e et 4e année, le samedi 24 juin, à trois heures; et à MM. les internes de 1re année, le mardi 27 juin, à trois heures.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, professeur au Muséum d'Histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 25 juin 1893, dans les terrains Séronien, Albien, Nécromien, Portlandien et Kimmeridgien du pays de Bray (Le Vauroux, Ons-en-Bray, Chapelle-aux-Pots, Evaux et Blancourt). Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare du Nord, où l'on prendra, à 6 h. 10, le train pour Le Vauroux (point d'arrêt). Les personnes qui voudront profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le Chemin de Fer, devront verser le montant de la demi-place jusqu'à samedi, avant 5 heures, dernier délai, au Laboratoire de Géologie, 61, rue de Buffon. On sera rentré à Paris à 9 h. 22.

Vacance médicale. — Après décès du Dr Gaudichier, clientèle gratuite à prendre avec suite de bail ; s'adresser, 20, rue Notre-Dame-de-Lorette, à Paris.

AVIS IMPORTANT. — *Nous prions instamment nos confrères des Etats-Unis qui échangent avec le* Progrès médical *de surveiller l'affranchissement de leur journal qui est souvent insuffisant et nous arrive avec des surcharges.*

Hospice de Bicêtre. — Visite du service des *Enfants idiots et arriérés.* (Service de M. Bourneville) S med 1er juillet: *Enseignement de la gymnastique*, — *Au anatomo-pathologique.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Auvard, Brocq, Chaput, Delpeuch, Desnos, Lesbet, Barbon et Trousseau. — Guide de thérapeutique générale et spéciale. Volume in-16 de 700 pages. Relié . . . . . . 8 fr.

Bourgois (A.).— Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle. Brochure in-8° de 51 pages. — Prix. . . . . 1 fr. 5

Dujardin-Beaumetz. — Considérations générales sur le traitement des maladies du foie. Volume in-8° de 163 pages, avec figures dans le texte. — Prix. . . . . 4 fr

Ebstein (W.). — Le régime des diabétiques. Traduit de l'allemand par Dagonet (J.). Volume in-8° de 205 pages. Prix. 5 fr

Hamonic (P.).— Traité des rétrécissements de l'urèthre, précédé d'une préface par M. le Professeur Tillaux. Volume in-8° de 63 pages, avec 107 figures. Prix . . . . 12 fr

Löbker. — Traité de médecine opératoire (opérations générales et spéciales) à l'usage des étudiants et des praticiens. Traduction du Dr Herman Hanquet. Préface de Von Winiwarter. Volume in-4 de 576 pages, avec 275 figures. — Prix. . . 16 fr

Malvoz (E.). — Recherches bactériologiques sur la fièvre typhoïde. Brochure in-8 de 89 pages. — Prix . . . . . 2 fr

Maurel (E.). — Action de l'atropine, de la pilocarpine et de la cocaïne sur les leucocytes (6e fascicule). Volume in-8° de 161 pages. Prix . . . . 2 fr.

Maurel (E.). — Recherches expérimentales sur les leucocytes. Applications à la pathologie microbienne, 7e fascicule. — Action des corps inanimés, des microbes non pathogènes et de la bactéridie charbonneuse sur les leucocytes. Volume in-8° de 116 pages, avec 17 figures. — Prix. . . . . 2 fr. 50

Poulet et Bousquet.— Traité de pathologie externe. 2e édition, revue et corrigée par MM Ricard et Bousquet. Trois forts volumes in 8° : Tome Ier. Pathologie chirurgicale générale, maladies des tissus, avec 173 figures ; — Tome II. Pathologie des régions (tête, cou, poitrine et abdomen), avec 231 figures ; — Tome III. Abdomen ; Organes génito-urinaires ; — Membres, avec 343 figures. — Prix de l'ouvrage . . . . 50 fr.

Publications du Progrès Médical.

VIENT DE PARAITRE

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'**année 1892**;

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. Dauriac, Ferrier et Noir.

Volume in-8 de cxii-368 pages, avec 37 figures et 15 planches. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

L'ANNÉE MÉDICALE

(Quinzième année, 1892).

Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales.

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION

du Dr BOURNEVILLE.

Avec la collaboration de MM. Aigre, G. Ballet, Baratoux, R Blanchard, F. Bottey, E. Brissaud, J.-B. Œttinger, P. Budin, J.-B. Charcot, Comby, L. Cruet, Dauriac, E. Deschamps, Delfau, Guinon, Hallion, Isch-Wall, A. Josias, P. Keraval, Kœnig, Letoux, A. Malherbe, P. Marie, Maunoury, Maygrier, R. Picquet, Plicque, P. Poirier, A. Pilliet, A. Raoult, P. Raymond, A. Sevestre, P. Sollier, R. Vigouroux. Volume in-18 de 371 pages. Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 3 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

PARIS. — IMP. V. GOUPY, RUE DE RENNES, 71